

カルテ等診療情報提供についての同意書

公 立 陶 生 病 院 長 殿

私は、下記の者に公立陶生病院のカルテ等診療情報について、閲覧等の提供をすることに同意いたします。

記

氏名 _____ 患者本人との関係 ()

氏名 _____ 患者本人との関係 ()

氏名 _____ 患者本人との関係 ()

令和 年 月 日

患者氏名

(自筆で) _____ 印