

第2号様式

同 意 書

県立 病院長 様

令和 年 月 日

住所

署名

印

患者本人との続柄

(申出者氏名)

(患者本人氏名)

私は、 \_\_\_\_\_ が \_\_\_\_\_ の診療情報の提供を申し出る  
にあたり同意します。

