

(12歳以上18歳未満の患者ご本人用)

開 示 同 意 書

立正佼成会附属佼成病院 院長殿

西曆 年 月 日

下記の者に、貴院が保管している私に関する診療情報等を、定めに基づき開示することに同意します。

(患者ご本人)

住 所 〒

氏 名 ⑩

電話番号

記

(親権者その他法定代理人)

住 所 〒

氏 名 ⑩

電話番号

続柄 (患者ご本人からみて)

西曆 年 月 日

以上