

年 月 日

医療法人要会かなめクリニック
院長 要 齊 殿

同 意 書

私は下記の情報提供申出者に対し、私自身の病気治療に関する情報を開示することに同意いたします。

患者氏名（自署） _____ 印

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 年齢 歳

住所 _____

連絡先電話番号 _____

情報提供申出者（自署） _____ 印

続柄（患者様との関係） _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____