

平成 年 月 日

メディカルケア虎ノ門

五十嵐 良雄 院長 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 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

連絡先電話番号 _____

情報提供申出者（自署） _____ 印

続柄 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____