

同意書

令和 年 月 日

沖縄県立八重山病院長 宛

住所 _____.

受任者 氏名 _____ 印 _____.

委任者との続柄 _____.

私は、上記の者を代理人と定め、患者 _____ に係る診療録等
(写) の発行・受領について同意します。

住所 _____.

委任者 氏名 _____ 印 _____.

生年月日 _____ 年 月 日生

性別 _____ 男 ・ 女 _____.

患者との続柄 _____

※受任者の身分を証明できるものを添付して下さい。

(例：運転免許証、健康保険手帳、パスポート等)

※委任者が患者本人でない場合は、委任者の身分証等(写)を添付してください。

備考

[_____]