

## 同 意 書

私は、次の者が私に関する診療録等の閲覧、写しの交付等を申請し、閲覧、写し等の交付を受けることに同意します。

(氏 名)

---

(住 所)

---

令和 年 月 日

同意者（患者）氏名

---