

(様式第2号)

同意書

私は、

(代理人氏名)

(患者・請求者との関係)

(住所)

(電話番号)

を代理人として、次の事項を委任します。

記

申請内容を正しく理解した上で、

(患者氏名) _____ に関する診療情報の提供（閲覧・
複写）を申請し、提供を受ける件について同意いたします。

記入日： 令和 年 月 日

請求者・患者本人（自署） _____ 印

(住所)

(生年月日) 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

(電話番号)

注) 診療情報提供申請書及び同意書のほかに、患者様と代理人との関係を証明するものや、代理人の身分証明等の提出を必要とします。