

## 同意書

町田市病院事業管理者 様

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

私は、

代理人	氏名	
	患者との関係	
	住所	
	電話番号	— —

上記の者に、貴院が私に関する診療記録を開示することに同意します。

※患者さんご本人がご記入ください。

患者本人	氏名	
	生年月日	_____年 _____月 _____日生
	診察券番号	
	住所	
	電話番号	— —

※患者本人の本人確認書類（運転免許証等）のコピーを添付してください。