

(15歳以上患者の本人用)

開 示 同 意 書

医療法人芳恵会 三好病院
院長 田中恒雄 様

年 月 日

下記の者に、貴院が保管している私に関する診療録等を、定めに基づき開示することに同意します。

(患者) 住 所 [〒]
氏 名 ⑩
電話番号

記

(法定代理人)

住 所

氏 名

問 柄 (患者 (私) からみて)