

様式3 (15歳以上患者の本人用)

開 示 同 意 書

湘南東部クリニック 院長 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

印

電話番号

記

(法定代理人) 住 所

氏 名

間 柄 (患者 (私) からみて)