

様式4 (15歳未満本人用)

開 示 同 意 書

湘南東部クリニック 院長 様

年 月 日

貴院が保管している (患者氏名) に関する診療録等を、
定めに基づき、本人に開示することに親権者として同意します。

親権者 住 所 〒

氏 名 印

電話番号

患者との間柄