

様式2 (本人15歳未満用)

開 示 同 意 書

市立大村市民病院 病院長 様

年 月 日

貴院が保管している（患者氏名）
本人に開示することに親権者として同意します。

に関する診療録等を、定めに基づき、

親権者 住 所 〒
氏 名
電話番号
患者との間柄

㊞