

様式3 (15歳以上患者の本人用)

開 示 同 意 書

市立大村市民病院 病院長 様

令和 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 ①
氏 名 ②
電話番号

記

(法定代理人)

住 所

氏 名

続 柄 (患者 (私) からみて)