

診療情報開示同意書

年 月 日

国家公務員共済組合連合会
新小倉病院 病院長 殿

【患者または依頼人】

氏 名 (自 署) 印

生年月日 年 月 日
住 所

電話番号 ()—()—()

私(患者本人または依頼人)は、本同意書を持参した下記代理人に対して、私の診療情報が開示されることに同意します。

記

【代理人】

氏 名 印

生年月日 年 月 日
住 所

電話番号 ()—()—()
患者との関係(続柄)

- * 同意書と本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード等)を持参してください。
- * 弁護士の方は、弁護士会から発行の身分証明書の写しを提出してください。