

診療情報開示同意書

年 月 日

地方独立行政法人 知多半島総合医療機構
知多半島りんくう病院 院長 殿

患者氏名（自署）_____

生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

私は、下記の者に知多半島りんくう病院における私の診療情報を開示することに同意いたします。

記

申請者氏名 _____ 患者本人との関係（ ）