

同意書

東京女子医科大学病院 病院長殿

私は、下記の者を代理人として診療個人情報の開示に関わる一切の手続きを委任することに同意致します。

代理人氏名： _____

続柄 _____

住所 _____

平成 年 月 日

同意人

患者（署名） _____

ID: _____

住所： _____
