

診療録等開示に関する同意書

令和    年    月    日

医療法人社団真清の会 新千歳クリニック  
理事長 宮井 保尚 殿

下記の代理人に対し、私の診療情報（診療録等）を開示することに同意します。

氏名（自署）：

---

生年月日： 昭和・平成・令和    年    月    日

---

住所：（〒    -    ）

---

電話番号：

---

【代理人】

氏名（自署）：

---

生年月日： 昭和・平成・令和    年    月    日

---

住所：（〒    -    ）

---

電話番号：

---

開示対象者との関係：

---