同　意　書

令和　　年　　月　　日

沖縄県立中部病院長　宛

住所　　　　　　　　　　　　　　.

受任者　氏名　　　　　　　　　　　　印　.

委任者との続柄　　　　　　　　　.

　私は、上記の者を代理人と定め、患者　　　　　　　　　に係る診療録等（写）の発行・受領について同意します。

住所　　　　　　　　　　　　　　.

委任者　氏名　　　　　　　　　　　　印　.

生年月日　　　　年　　月　　日生

性別　　　 男 ・ 女　　　　　　.

患者との続柄

※受任者の身分を証明できるものを持参して下さい。

　（例：運転免許証、健康保険手帳等）

※委任者が患者本人でない場合は、委任者の身分証等（写）を添付してください。