

令和

年

月

曰

同意書

武蔵村山病院 殿

私、 （甲）は傷病に係る文書の作成、発行を
求め受領することに関し、乙を代理人とすることに同意します。

ID

氏名

印

甲 (患者様)

生年月日

住所

Tel

氏名

生年月日

乙 (代理人)

住所

Tel

甲との関係 配偶者・親権者・法定相続人・（ ）