

同意書

国立健康危機管理研究機構
国立国際医療センター 病院長 殿

(申請者)

氏 名

住 所

連絡先

私は上記の者が、患者「」の
診療記録開示に関するすべての事項に同意します。

年 月 日

(同意者)

氏 名

(印)

住 所

連絡先