

同意書

勤医協中央病院 院長 殿

私（氏名）_____は、本同意書を持参しました

（代理人）_____（続柄）_____

に対して、勤医協中央病院担当医師が、私の疾患についての治療内容および診断、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

年 月 日

署 名 _____ 印

住 所 _____

連絡先電話番号 _____