

年 月 日

三重心身クリニック

白井 卓士 院長 殿

同意書

私は下記の情報提供申出者に対し、私自身の疾患治療、療養に関する情報を開示することに同意いたします。

患者氏名（自署） _____ ⑩

生年月日 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

連絡先電話番号 _____

情報提供者申出者（自署） _____ ⑩

続柄 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____