

開 示 同 意 書

ほりえクリニック  
院長 堀江康夫 殿

西曆 年 月 日

下記の者に、貴院が保管している患者である\_\_\_\_\_に関する診療  
録等を開示することに同意します。

(患者様)

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 西曆 年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

(法定代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 西曆 年 月 日

法定代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

記

(代理人)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所

---

---