

同意書

年 月 日

近畿大学病院 病院長 殿

私は、貴院が保有する私の医療にかかわる下記の個人情報を
保険会社（ ）に
提供することを同意いたします。

記

1. 診断書・(その他：)

患者本人署名 住所 _____

氏名 _____ (印)

※患者が意識不明、未成年等で記載ができない場合

代理同意者署名 住所 _____

氏名 _____ (印)

患者との関係 ()

患者氏名 ()