

診療情報提供について同意書(委任状)

岩手県立中央病院長 様

私は、岩手県立中央病院が下記の者に、私の診療情報を提供することに同意します。

記

氏名: _____ ㊟

(患者本人との関係: _____)

住所: _____

電話: _____ () _____

令和 年 月 日

患者本人氏名: : _____ ㊟

(自筆のこと)

生年月日: _____ 年 月 日

住所: _____

電話: _____ () _____