

同意書

新潟県立十日町病院 院長 殿
新潟県立十日町病院 主治医 殿

被証明者 (患者様)	住 所
	氏 名 男・女
	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生

上記の者の症状、治療内容、既往歴等について、_____ (社名等)

またはこの者が委嘱する本書持参の者により貴殿に照会がありましたときは、それに対し
回答いただくことに同意いたします。

また、診断書または証明書の作成及びその交付に関する一切の手続きをこの者が行う
ことについても、併せて同意します。

同意者 (患者様又は親族)	住 所
	氏 名
	被証明者との続柄 本人・親族(続柄: _____)