

年 月 日

養南病院 御中

## 同意書

私は、下記の面談希望者に対し、私自身の治療に関する情報を提供することに同意いたします。

①面談希望者氏名 _____	②面談希望者氏名 _____
会社・学校名 _____	会社・学校名 _____
患者との関係 _____	患者との関係 _____
③面談希望者氏名 _____	④面談希望者氏名 _____
会社・学校名 _____	会社・学校名 _____
患者との関係 _____	患者との関係 _____
⑤面談希望者氏名 _____	⑥面談希望者氏名 _____
会社・学校名 _____	会社・学校名 _____
患者との関係 _____	患者との関係 _____

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※未成年の場合

保護者氏名（自署） \_\_\_\_\_ (印)