

同意書

令和 年 月 日

南魚沼市民病院長 様

住所 _____

患者氏名 _____

私は、下記の者が本書を提示し、私の傷病に関する診断書・証明書の交付を受けることに同意します。

記

住所 _____

氏名 _____

患者との関係 _____