

同意書

長野松代総合病院病院長 殿

主治医 殿

貴院での私の診療情報を、依頼した診断書により必要事項（傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等）について当該保険会社、行政機関等に情報提供されることに同意いたします。

年 月 日

住所 _____

患者氏名 _____