

同意書

(親権者用)

長野松代総合病院病院長 殿

主治医 殿

患者_____の親権者である_____は、
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_____

親権者氏名_____

(患者本人が未成年の場合)