

送付同意書

済生会みすみ病院
院長 吉岡 正一 様

私は、診療記録開示について以下の事項を確認の上、同意いたします。

記

1. 診療記録開示書類の受取方法について

済生会みすみ病院より、様へ直接送付

以上

年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____