

同 意 書

東御市民病院 御中

私は、下記の患者の診療について公共機関の関係者が同席すること
に同意します。

年 月 日

住 所 _____

同意者

フリ ガナ
氏 名 _____ (印)

患者との関係：保護者・その他 ()

患者の氏名・生年月日

フリ ガナ
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日