

福岡市立こども病院 院長 様

## 同意書

年 月 日

(患者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私（患者本人）は、下記申請者が、私の診療情報の提供を申請することに同意します。

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_