

# 診断書等に係る 申請・受取 同意書

医療法人秀明会 小池病院 院長 殿

私(患者氏名) は、私の診断書等の発行に関する

申請又は受取りについては、私の代理人として本同意書を持参しました、

(代理人氏名) が手続き等を行うことに同意いたします。

年 月 日

患者氏名(自署)

生 年 月 日 年 月 日生

住 所

連絡先電話番号

(代理人の方は免許証等身元を確認できるものをお持ちください。)

改定 2023 年 3 月