

様式第3号

同意書

平成 年 月 日

国保 依田窪病院
病院長 三澤弘道 殿

同意人

住所

氏名

印

受傷者との続柄（ ・本人 ・配偶者 ・親権者 ・法定代理人 ）

私は、平成 年 月 日発生の事故において受傷した傷病について、

の社員またはその委託を受けた

者へ下記の情報の提供を行うことに同意致します。

記

- 1 . 私の傷病に関する診断書を作成し、提供すること。
- 2 . 私の傷病に関する診療報酬明細書及び証明書等を作成し、提供すること。

尚、本同意書の写しも本同意書と同様の効力があるものと認めます。