

情報提供依頼にかかる同意書

平成 年 月 日

医療法人悠仁会 稲田クリニック

稲田 泰之 院長殿

氏名

生年月日

年齢

歳

住所

連絡先番号

私は下記の情報提供申請者に対し、私自身の相談・診療に関する情報を開示することに同意いたします。

情報提供申出者

所属・続柄等

住所

連絡先電話番号