

情報提供依頼にかかる同意書

令和 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 _____

連絡先電話番号 _____

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。

情報提供申請者 _____

所属・続柄等 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____