

やまもと心身クリニック

山本 昌人 院長 殿

同意書

私（甲）は、貴方様が、甲の障害および疾患治療に関する情報を、
下記の情報提供申出者（乙）に対し、説明することに同意します。

平成 年 月 日

甲

氏名（自署） _____

生年月日 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____

・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・

平成 年 月 日

乙

氏名（自署） _____

所属または続柄 _____

会社または自宅住所 _____

連絡先電話番号 _____