

同 意 書

令和 年 月 日

日本大学医学部附属板橋病院長 殿

請求者 氏 ^{ふり} 氏 ^{がな} ⑩

個人情報保護条例第13条の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

患者様氏名		患者様との続柄	
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		
病歴番号	No. —		

私は請求者が個人情報開示を請求することに同意します	令和 年 月 日		
氏名	⑩	患者様との続柄	
連絡先	〒 — 電話番号 ()		

私は請求者が個人情報開示を請求することに同意します	令和 年 月 日		
氏名	⑩	患者様との続柄	
連絡先	〒 — 電話番号 ()		

私は請求者が個人情報開示を請求することに同意します	令和 年 月 日		
氏名	⑩	患者様との続柄	
連絡先	〒 — 電話番号 ()		

私は請求者が個人情報開示を請求することに同意します	令和 年 月 日		
氏名	⑩	患者様との続柄	
連絡先	〒 — 電話番号 ()		

※患者様の改製原戸籍謄本をお持ちください。