

同意書

医療機関名 院長 殿

患者住所

電話番号

患者氏名

生年月日 昭和 平成 年 月 日

私は.....が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対し、保険事故および保険金支払の有無を判断するための材料として、貴院が保有する、診療記録・検査記録等を提供すること、およびそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

令和 年 月 日

(同意者)

住 所

電話番号 (.....) -

氏 名 ⑩

患者との続柄： 本人 配偶者 親権者 法定相続人
その他 ()