

承 諾 書

年 月 日

兵庫医科大学病院長殿

(ご依頼者) 住所

氏名

㊞

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

(ご家族等代理人) 住所

氏名

㊞

続柄

(注) ご依頼者本人が署名することができない場合はご家族等代理人が署名し捺印してください。

私は、本状を持参する者（ ）が私の傷病名・症状・経過・治療内容・検査内容・既往症等の説明を受けることに同意します。

(本状持参者) 住所

所属先

署名

㊞