

様式第 10 号 (15 歳未満本人用)

開 示 同 意 書

静岡県立こども病院長 様

令和 年 月 日

貴院が保管している _____ 様 に関する診療録等を、定めに基づき、
本人に開示することに親権者として同意します。

親権者 住 所 〒 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

患者との間柄 _____