

様式第9号（15歳以上患者の本人用）

# 開 示 同 意 書

静岡県立こども病院長 様

令和 年 月 日

下記の者に、貴院が保管している私に関する診療録等を、定めに基づき開示することに  
同意します。

(患者) 住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

記

(法定代理人)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

間 柄 (患者 (私) からみて) \_\_\_\_\_