

同意書

診断書作成の申込み、及び受取りを下記の代理人に委任することを
同意致します。

○代理人 (氏名) 印

(患者様との関係)

(住所)

(電話番号)

○患者様 (氏名) 印

(住所)

(電話番号)

○記入日 年 月 日

(同意書は3ヶ月以内のものに限る)