

## 同意書

代理人

氏名： \_\_\_\_\_（続柄） \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

私は上記の代理人が、貴センターが保管している私の診療記録の開示申請を行うことに同意します。

年 月 日

本人（自署）

氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

※患者本人が自署できない場合はその理由

\_\_\_\_\_

<愛知県がんセンターからの注意事項>

- 本同意書の有効期限は、本人が記載した日の翌日から起算して 90 日以内とします。