

## 承諾書

つくば心療内科クリニック院長 殿

令和 年 月 日

このたび貴院において診察を受けるにあたり、その診療内容(病名、症状、治療内容、その他診療に関わる一切のこと)等を下記の受託者へ説明することを承認します。

(ふりがな)

患者様氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

T E L ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

受託者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

T E L ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

患者様本人とのご関係 \_\_\_\_\_