

同意書

医療機関名 院長 殿

患者住所

電話番号 () -

患者氏名

生年月日 昭和 平成 年 月 日

私は貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対し、保険事故および保険金支払の有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、およびそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

平成 年 月 日

(同意者)

住 所

電話番号 () -

氏 名 ⑩

患者との続柄： 本人 配偶者 親権者 法定相続人
その他 ()