

承諾書

水戸メンタルクリニック院長 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 _____