

(指定様式別添2)

同席申請書

みなみ野病院

病 院 長 殿

年 月 日

(フリガナ) 患者氏名	印
患者番号	

私は、診療情報の提供を受ける際に、下記のものに対して同席を認めその申請を行います。

同席者氏名	続柄	※資格確認欄 (当院記入欄)
1.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()
2.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()
3.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()
4.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()
5.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()
6.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()
7.	()	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()

同席者氏名欄に、同席を希望する方の氏名を記入し、同席者本人である事を証明できるものおよび患者様との関係が分かるものを提示して下さい。なお、同席できる範囲としましては、患者様の父母、配偶者および子供までとなっておりますのでご了承ください。

(資格確認に要するもの)

本人確認 1. 運転免許証 2. パスポート除証 3. 保険証等
患者様との関係 1. 戸籍謄本等