

## 承諾書

もりや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、その他診療に係る一切のこと）等を下記の受諾者へ説明することを承認します。

(ふりがな)

患者様指名

\_\_\_\_\_

生年月日

\_\_\_\_\_

住 所

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

T E L

( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

受諾者指名

住 所

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

T E L

( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

患者様本人とのご関係

\_\_\_\_\_