

# 承 諾 書

主 治 医 様

下記の患者が貴院にて受診した傷病に関して、地方公務員災害補償基金大阪府支部長から文書による療養内容の照会または面談の申し込みがありました場合は、御多忙中誠に恐縮ですが、御回答または御説明いただきますようお願い申し上げます。

また、診療録、看護記録及び各種検査結果の写し並びにX線等の画像の送付依頼がありました場合につきましても、御送付いただきますようお願い申し上げます。

なお、本承諾書は、写しも有効と認めます。

[患 者 名] \_\_\_\_\_

[生 年 月 日] \_\_\_\_\_ 年 月 日生

年 月 日

[患者との続柄] \_\_\_\_\_

[住 所] \_\_\_\_\_

[氏 名] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 印