

診断書等に係る 申込・受取 同意書

京都大学医学部附属病院長 殿

私（患者様氏名）_____ は、私の診断書等の発行に関する申込又は受取りについては、私の代理人として本同意書を持参しました、
(代理人氏名) _____ が手続き等を行うことに同意いたします。

年 月 日

(患者様)

ご署名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

当同意書にて代理人の方がお手続きされる際は、代理人の方の身分を証明する物（免許証・パスポート等）が必要です。