

## 診断書等に係る 申請・受取 同意書

筑波大学附属病院長 殿

私（患者さん氏名）\_\_\_\_\_は、私の診断書等の発行に  
関する申請・受取については、私の代理人として本同意書を持参した、  
（代理人氏名）\_\_\_\_\_が手続き等を行うことに  
同意します。

令和 年 月 日

患者さんご署名 \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_