

承諾書

かかりつけ医療機関名

市立福知山市民病院 御中

この度、私の市立福知山市民病院との共同診療にあたり下記の事項について承諾します。

- 同病院の「開放型病床」の利用
- 登録医によるカルテの閲覧
- 登録医が行う共同指導料の同病院の代理徴収

令和 年 月 日

住所

氏名

印
