

承諾書・誓約書

村山医療センター院長 殿

下記の診療機関、または、貴院担当医が作成した診断書、証明書等について、その傷病内容（病名、症状、治療内容等、その他診療に関する一切のこと）等を下記の受託者へ証明（診断書・証明書等の作成を含む）されることを承諾します。

なお、同時に、本件について、患者本人または正当な代理人にいかなる不利益があったとしても、全ては自らの責に負うものであることを受諾し、村山医療センターには一切の異議申し立て、御迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

（ふりがな） ；
患者様御氏名 ； ㊦
生 年 月 日 ； 大・昭・平・令 年 月 日
郵便番号 ； 〒 —
住 所 ；
電話番号 ；

令和 年 月 日

受託者御氏名 ；
住 所 ； 〒 —
；
電話番号 ；

患者様本人との関係：

親 族 （続柄：患者様の ）
相続人代表者 （続柄：患者様の ）
法廷代理人
そ の 他 （ ）

※患者様ご本人の場合は、受託者欄の記載は不要です。

記

1. 証明期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
2. 作成を依頼される書類を記入して下さい。
入院証明書・通院証明書・傷病手当金・自賠責診断書（後遺症関係を除く）・休業補償
領収証明書・その他（ ）

※証明内容により、改めて医師の診察をお願いする場合がございますので予めご了承願います。

3. その他特記事項：