

# 承諾書

令和 年 月 日

村山医療センター 殿

私は、下記の書類を代理人へ直接提出することに同意いたします。

1. 自賠責用診断書
2. 診療報酬明細書（レセプト）
3. 回答書
4. その他 \_\_\_\_\_

患者様氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

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託し、  
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。

署名：