

# 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： \_\_\_\_\_