**同意書**

●●株式会社　御中

　私は，平成●●年○月○日付け株式会社●●○○支店で提供された食材と私の症状との関係を調査するため，貴社の社員または貴社の委託を受けた代理人が，下記医療機関との間で次に掲げる事項を行うことを同意します。

①　症状経過，治療内容，既往症などについて下記医療機関へ問い合わせをすること，及びその問い合わせについて下記医療機関から回答を得ること

②　前記①にあたり，必要な範囲で傷病に関する情報を医療機関に提供すること

③　診断書，診療報酬，証明書などを下記医療機関から提供を受けること

④　前記①から③で提供を受けた医療情報を貴社指定の医療機関に提供し意見を求めること

記

患者名　　○○○○

生年月日

医療機関　●●クリニック

以上

　　　　年　　月　　日

同意人　　住所

　　　　　氏名