

## 承諾書・誓約書

村山医療センター院長 殿

下記の診療期間、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）されることを受諾します。

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、ご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 印  
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日  
住所：〒 —  
電話番号（ ） —

平成 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 ）  
法定代理人  
その他（ ）

※患者さまご本人の場合は、受託者欄の記載は不要です。

### 記

1. 診療期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日
2. 作成を依頼される書類を記入してください。  
(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・資格喪失後継続療養受給届・その他 )  
\*証明内容等により、改めて医師の診察をお願いする場合がございますので、あらかじめご了承ください。
3. その他特記事項：