

# 確認書

年 月 日

京都府保険医協会  
医師賠償責任保険処理室会 御中

医療機関名 印

(電話) — —

年 月 日付貴処理室会に提出の医療事故につき、下記の通りご依頼します。

## 記

被事故者名：

本来、貴「医師賠償責任保険処理室会」顧問弁護士にご依頼するところですが、今回の医療事故に限り当初よりの経過及び概要を当院の契約した\_\_\_\_\_弁護士が熟知されておりますので、今回は上記弁護士に依頼することをご了承下さい。

なお今後は、和解（示談）交渉、調停手続き、民事裁判（弁論及び証拠調）など、それぞれの手続きの重要段階ごとに貴処理室会に対し詳細に経過報告を行うと共に、貴処理室会の意向を充分確認の上、前述の各手続きに臨みます。

また、示談、調停、和解等の解決を行うにあたっては、予め貴処理室会に相談しその了解を得ることとし、貴処理室会の了解を得ずに賠償金等の支払いを行った場合は、貴処理室会において保険の対象にならないと決定されても、異議申し立てしないことを確約致します。

以上、何卒宜しくお願い申し上げます。