様式第３号

照　会　同　意　書

　私は、つがる市が受診状況等の確認のため、関係機関への照会や診療明細書の閲覧をすることに同意します。

つがる市長

【対　象　者】

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞