

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 様

【対 象 者】

令和 年 月 日

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_