

様式第3号(第5条関係)

照会同意書

私は、花巻市が受診状況等の確認のために、関係機関への照会や診療明細の閲覧をすることについて同意します。

【対象者】

住所

氏名

印

(対象者自書又は記名押印)

花巻市長様