

同意書

私は、熊本県八代市が令和____年____月
～令和____年____月分に海外で療養を
受けた内容について、当該海外療養を
担当した者に照会することに同意いた
します。

令和____年____月____日

住所_____

フリガナ

受診者_____



生年月日 T・S・H____年____月____日

TEL _____