

同意書

主治医殿

患者住所 〒

フリガナ
患者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

上記の者の、症状、治療内容、既往病歴等についてコミュニティユニオン東京または同団体が委嘱する本書（コピー可）持参の者より貴殿に対し照会がありましたときは、ご腹藏なくご説明いただくことに同意いたしますので、よろしくご依頼申し上げます。

なお、診断書または証明書の作成をお願いした際にはお手数ですが、ご発行くださるよう併せてお願い申し上げます。

西暦 年 月 日

住所 〒

氏名：組合員（被共済者）又は同居の親族

(印)

患者との続柄：同意者が患者以外の場合