

同意書

■が、医療機関および接骨院等に対し、私自身に関する受診内容あるいは施術内容の提供を求めた場合、これを提供及び開示することに同意します。

※照会先が複数の場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

平成 年 月 日

■ 殿

住所 _____

氏名 _____ 印