

様式第3号（第5条関係）

助成事業（資料収集）に関する同意書

私は、明日香村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。

明日香村長様

【対象者】

住所

氏名

印

（対象者自書または記名押印）

【代理申請者】

住所

氏名

印

（対象者自書または記名押印）