

様式 ①

令和 年 月 日

(医療機関・代表者名)

殿

住所  
氏名

同 意 書

令和4年度山梨県高齢者等インフルエンザ予防接種促進事業による助成を受けるに当たり、一般社団法人山梨県医師会へ私の予診票の写しを提供することに同意します。