

# 同意書

年 月 日

下記署名人は、年 月 日において発生した共済事由（ ）に関し、全労連共済又はその指名する者が、個人情報保護法に基づく範囲で、当該共済事由に関連する全ての医療機関・消防警察機関・金融機関・関連保険会社・取引先・交友先・税務署・労働基準監督署・各種役所等に於いて、必要な調査を行うことに同意します。

又、被調査先が調査対象者に関する全ての資料・医療記録・検査記録等の情報を提供することに同意します。

尚、本書の写しも同等の効力を有するものとします。

調査対象者：住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

同意者：住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

※調査対象者との関係 ①本人 ②親族（続柄＝ \_\_\_\_\_）