

承 諾 書

住 所 _____

男

氏 名 _____

女

年

月

日生

上記の者の傷病内容（病名・症状・治療内容・既往傷病歴など）について医療機関に問合せ・回答を得ることを承諾します。

年

月

日

住 所 _____

氏 名 _____

㊦

上記の者との続柄（

）

全商連共済会 殿

様
式
第
十
七
号

※死亡の場合をのぞき、加入者本人が署名・捺印をして下さい。