

同意書

日本赤十字社 芳賀赤十字病院長 様

このたび、私の家族 _____ (続柄)、

_____ (続柄)、が、芳賀赤十字病院

セカンドオピニオン外来を受診し、私の病態などについての意見を求めることに同意します。

年 月 日

患者さんご本人の署名: _____