

同意書

小山記念病院 殿

私、_____は、小山記念病院が行う以下の行為について
_____である_____が受けることを同意いたします。

○ 本人の治療に関する相談（セカンドオピニオン相談）

住 所：_____

名 前：_____ 印

生年月日：_____

電話番号：_____

年 月 日