

セカンドオピニオン同意書

国民健康保険 富士吉田市立病院 殿

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申込み、
下記事項に同意いたしました。

1. 【セカンドオピニオン外来 申込書】の記載事項
2. 控訴の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

令和 年 月 日

患者さん氏名 _____ 印 ※①

同席者氏名 _____ 印
(患者さんとの続柄 _____)

同席者氏名 _____ 印
(患者さんとの続柄 _____)

※① 患者さんご本人の直筆でご記入をお願いします。但し、自筆困難な場合は代筆で結構です。