

徳山中央病院

遺伝子診療科外来 自費診療に関する外来受診 同意書

徳山中央病院長 殿

私は、徳山中央病院の遺伝子診療科外来を自費診療として受診するにあたり、検査申し込みの有無にかかわらず、保険適用外料金として定められた遺伝カウンセリング料（10,000 円・税別）を支払うことに同意いたします。

【本人署名欄】

同意年月日 : (西暦) 年 月 日

署名 : _____

【代諾者署名欄】 (患者さんが未成年又は自筆困難の場合)

同意年月日 : (西暦) 年 月 日

署名 : _____

患者氏名 : _____

続柄 : _____

※この同意書は、遺伝子診療科外来受診の際に、遺伝子診療科外来申込書と併せて FAX 送信いただくとともに、受診日当日に同意書本紙をご持参ください。