

# 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：\_\_\_\_\_

平成 年 月 日