

# セカンドオピニオン同意書

神戸アドベンチスト病院 殿

私は、貴院セカンドオピニオン外来を別紙申込み書により申し込み、  
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ご案内の記載事項
2. 訴訟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

年 月 日

氏名：

同席者：

同席者の患者との続柄：

電話番号：

携帯番号：