

熊本大学病院

がんゲノム検査外来受診 同意書

熊本大学病院長 殿

私は、熊本大学病院のがんゲノム検査外来を受診するにあたり、検査申し込みの有無にかかわらずがんゲノム検査説明料として、保険適用外料金として定められた金額（11,000 円）を支払うことに同意致します。

【本人署名欄】

同意年月日： 年 月 日

署 名： _____ 印

【代諾者署名欄】（患者さんが未成年または自筆困難の場合）

同意年月日： 年 月 日

署 名： _____ 印

患者氏名： _____

続 柄： _____

代諾者同意である理由： 患者さんが未成年または成年後見人のため

患者さんが自筆困難なため

（以下は該当する場合に記入）

同席者氏名 _____（患者さんとの続柄 _____）

同席者氏名 _____（患者さんとの続柄 _____）

※この同意書は、がんゲノム検査外来受診の際にご持参下さい。