

相 談 同 意 書

鈴鹿中央総合病院長 殿

私、_____ は、鈴鹿中央総合病院が行う下記の行為について_____ である _____ が受けることを同意いたします。

記

○ 本人の治療に関する相談

住 所：_____

名 前：_____ (印)

生年月日：_____

電話番号：_____

平成 年 月 日