同意文書

木巾	医院	院長	森	環樹	煕
4 £ 15	天心元	N는 1스	1 :£	t豆 点i	进 行

私は、「マイクロアレイ血液検査」の検査をうけるにあたり、説明文書を受け取り、以下の内容に
ついて説明を受けました。本検査の内容を十分理解しましたので、本検査を受けることに私の自由
意思にもとづいて同意いたします。説明文書と同意書の写しを受け取りました。

□検査の内容 □検査結果の報告 □個人情報の保護				
検査の同意 説明を受け理解された方は、「はい」または「いいえ」に〇をつけ署名してください				
[本検査を受けることを同意し、了承いたします]				
			はい	い ・ いいえ
同意日:	年	月	日	デ ナ 1
				ご本人 氏名(自署)現住所 〒 -
説明日:	年	月	日	医療機関名森医院
				医師名

同 意 文 書(受診者様控え)

森医院	院長	森	環樹	殿
ᅑᄉᅜᄓᄺ	ᄪᅑ	不不	ᆦᆔ	///X

私は、「マイクロアレイ血液検査」の検査をうけるにあたり、説明文書を受け取り、以下の内容に
ついて説明を受けました。本検査の内容を十分理解しましたので、本検査を受けることに私の自由
意思にもとづいて同意いたします。説明文書と同意書の写しを受け取りました。

□検査の内容				
口検査結果の報告				
□個人情報の	保護			
検査の同意				
説明を受け理解された方は、「はい」または「いいえ」に〇をつけ署名してください				
[本検査を受けることを同意し、了承いたします]				
			はし	・ いいえ
	<u>. </u>	_	_	
同意日:	年	月	日	
				ご本人 氏名(自署)
				現住所 〒 -
説明日:	年	月	日	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	·	••		医療機関名 森医院
				医師名森 環樹