

様式 c

患者申出療養の申出に係る同意書（新規・既存）

申出に係る療養の名称：

---

説明を受けた保険医療機関名：

---

標記の医療技術を患者申出療養として申出するにあたり、申出に係るすべての書類について説明を受け、これを理解、納得したため、同意します。

年 月 日

患者住所（又は居所）：〒

患者生年月日： 年 月 日

患者氏名（署名）：

---

 印

代諾者氏名（署名）：

---

 印

（患者との関係： ）