

同意書見本

この度、病院名 病院（診療所） 担当医師名
医師から、治療における革新的医薬品 医薬品名
の必要性及びこれを使用すること並びに最適使用推進ガイドライン
の趣旨に沿って治療が進められる旨の説明を受け納得しましたので、
これに同意します。

同意日：平成 00 年 00 月 00 日

自筆署名

氏名：自筆で署名し捺印してください 印

連絡先(電話番号)：000 (0000) 0000

同意書

この度、_____病院（診療所）_____
医師から、治療における革新的医薬品_____
の必要性及びこれを使用すること並びに最適使用推進ガイドライン
の趣旨に沿って治療が進められる旨の説明を受け納得しましたので、
これに同意します。

同意日：平成_____年_____月_____日

自筆署名

氏名：_____印

連絡先(電話番号)：_____ () _____