

同意書

この度、_____病院_____医師から、治療における革新的医薬品（医薬品名）（一般名）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。

見本

同月日 平成__年__月__日

氏名：_____ 印

自筆署名

連絡先（電話番号）：_____