

広島大学病院  
がんゲノム医療外来受診 同意書

広島大学病院長 殿

私は、広島大学病院のがんゲノム医療外来を受診するにあたり、検査申し込みの有無にかかわらずがんゲノム検査説明料として、保険適用外料金として定められた金額（32,400円）を支払うことに同意いたします。

【本人署名欄】

同意年月日 :                    年                    月                    日

署 名 : \_\_\_\_\_

【代諾者署名欄】（患者さんが未成年又は自筆困難の場合）

同意年月日 :                    年                    月                    日

署 名 : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_

続 柄 : \_\_\_\_\_

※ この同意書は、がんゲノム医療外来受診申込みの際に予約申込書と併せて FAX 送信いただくとともに、受診日当日に同意書本紙をご持参ください。