

同意書

_____病院 殿

この度、貴院において、私がホメオパシーを利用するにあたり、担当医師からホメオパシーの治療内容について十分な説明を受け、かつ理解しましたので、ホメオパシーによる治療の実施に同意します。

_____年 月 日

患者住所 : _____

患者氏名 : _____ ㊟

同意者住所 : _____

同意者氏名 : _____ ㊟

(続柄 : _____)

担当医師名 : _____

特記事項