

# 同意書

この度、(病院・クリニック名) (医師名) 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

同意年月日： 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

連絡先 (電話番号) : \_\_\_\_\_