

年 月 日

セカンド・オピニオン 支払承諾書

福岡大学筑紫病院 病院長 殿

このたびのセカンド・オピニオンにあたり、料金についての説明を受け了承しました。
これに係る費用（保険適用外）は以下の料金を支払うこと。および、この相談について訴訟等の目的に使用しないことを誓約いたします。

60分（資料の閲覧・書類作成を含む） : 22,000円（消費税込）

【支払者氏名】

氏 名： _____ （男・女）

患者との続柄 _____

住 所： _____

電 話：（ _____ ） _____