

同意書

福岡バースクリニック担当医 殿

私はこのたび、クワトロテスト[®]を受けるにあたり、担当医師から説明を受け理解し、納得しましたので、クワトロテスト[®]の実施に同意します。

なお、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても了承いたします。

(説明)

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師： _____ 印

(自筆署名、もしくは記名押印)

(同意)

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意者(本人) _____ 印

(自筆署名、もしくは記名押印)