同意書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

私は、（　　　　　　　　　　　　）が、私に関する医療・ケアについて、NPO法人ヒューマン・ケア支援機構による院外倫理コンサルテーション・サービスに、私の個人情報を匿名化した上で相談することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 印 |