

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
