

セカンドオピニオン外来支払承諾書

福岡大学病院 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）について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。

30分（資料の閲覧・書類作成を含む）： 22,000円（消費税込み）
※30分を超過した場合は、30分毎に11,000円を加算

【支払者氏名】

氏 名： _____ （男・女）

患者との続柄 _____

住 所： _____

電 話：（ _____ ） _____