神経疾患のオンライン遺伝相談同意書

福岡大学病院長　様

（ご相談者）　　は、

貴院の専門医師が、神経疾患のオンライン遺伝相談を行うことに同意いたします。

　また、これに係る費用（保険適用外）について、下記の料金を支払うことを誓約いたします。

オンライン遺伝相談（30 分毎）：3,300 円（税込）

　ご署名日　　年　　月　　日

（ご署名）　　印

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）　年　　月　　日生