



他の医療機関での診療についての同意書

医療法人オーク会
理事長殿

今回私たち夫婦は、諸般の事情により他の医療機関での診察を希望します。

注射液の紛失、量の過不足、注射時の漏れなど不測の事態においてもすべて自己責任において対処いたします。

他の医療機関で診察を受けるにあたり、遠隔事務手数料〔採卵周期 ¥80,000（税別）、融解胚移植周期 ¥20,000（税別）〕を周期毎に支払うことを承諾いたします。

結果的に他の医療機関で診察を受けない場合でも料金の返還について異議申し立ていたしません。

私たち夫婦は、以上の事柄を十分に理解しておりますので、他の医療機関での診察を希望いたします。

西暦 年 月 日

住所 〒

ID 氏名(妻) 印

氏名(夫) 印

| | |
|------------------|------------------|
| オーク住吉産婦人科 | TEL 06-4398-1000 |
| オークなんばレディースクリニック | TEL 06-4396-7520 |
| オーク梅田レディースクリニック | TEL 06-6348-1511 |
| オーク銀座レディースクリニック | TEL 03-3567-0099 |

説明者 ()