

別紙様式第2号（第2条関係）

		科 名		整 理 番 号	
		科		第 号	
		外来・入院			

校 費 患 者 承 諾 書					
【ID番号】	【 — — 】	生年月日	年 月 日	男・女	
患者氏名					
私は、担当医師から校費患者制度の趣旨である下記について説明を受け、これを理解しましたので、校費患者として診療を受けることを承諾します。 記 1 先端的医療開発のための診療行為 2 医学教育のための診療行為					
承諾者	住 所				
	氏 名		患者との続柄		
		(署名又は記名押印)			
* 承諾者は患者本人とする。ただし、患者が未成年者の場合又は署名できない場合は、親権者又は家族等を承諾者とする。 承 諾 日 年 月 日 山口大学医学部附属病院長 殿					
説 明 日 年 月 日 診療科名 _____ 説明担当医師 _____ (署名又は記名押印) [] _____ (立会人が必要な場合、署名又は記名押印)					