

海外の医療機関情報でのセカンドオピニオン申込みに係る同意書

大阪国際がんセンター病院長 様

この度大阪国際がんセンターで、私の病状に関してセカンドオピニオンを希望するにあたり、以下の点に同意いたします。

1. セカンドオピニオン申込時に、セカンドオピニオン面談受付判断料として、27,280 円（税込）を支払うこと
2. セカンドオピニオン面談受付判断料とは別に、セカンドオピニオン面談所見料として、46,200 円（税込）を支払うこと
3. セカンドオピニオン受付後のセカンドオピニオン面談受付判断料は、いかなる場合でも返金を行わないこと

西暦 年 月 日

署名（本人） _____

署名（代筆） _____

親族、その他（患者との関係 _____）

大阪国際がんセンター セカンドオピニオン