

診療申込書・同意書

(送付先:国際健保協会 FAX : 03-5403-6441)

医師名 : _____

1. 診療同意と委任

私は、がん治療について「アルテスネイト注射薬」を受けることを自らの意志で希望致します。
又、アルテスネイト注射薬が外国では承認されているものの、現在日本国においては、販売未承認製剤であることを承知しております。尚、日本国内で私が、この薬剤を使用した治療を受けるための輸入手続き等につきましては、一切の権限を委任致します。

2. 治療費に関して

治療費に関しては、全て保険外の自由診療扱いとなることを承諾致します。又、海外から薬剤を輸入するには、事前送金が必要なことは承知していますので、治療費は診療申込み後に支払います。

※提携医療機関で治療予定の患者様は、初診終了後に、治療費記載の金額を「特定非営利活動法人国際健保協会」(内閣府認証) 下記の銀行口座にお振込み下さい。

(費用振込の確認後、治療に必要な薬剤等の輸出作業を行うこととなりますので、早期の振込をお願い致します。患者様の都合により本治療が中止される場合は、費用の返却は、出来かねますのでご了承下さい。但し治療後、患者様にアレルギーが出た場合は、本治療を中止して、在庫分の費用は、お返し致します)

振込先

銀行名 : 三菱UFJ銀行 五反田支店

口座名 : 普通口座 2208651

名義 : (トクヒ) コクサイ ケンポキョウカイ

(TEL : 03-5403-6341)

3. 治療の成否

同じ治療であっても個人差などから、必ずしも他の患者と同じ結果を保証されるものではないことは承知しています。従って、この治療によりいかなる結果を得ても一切異議を申し立てません。

以上

年 月 日

患者	住所	〒
	ふりがな氏名	印またはサイン
保証人	住所	〒
	ふりがな氏名	印またはサイン