

同意書

私は、「長崎県てんかん地域診療連携ネットワーク」に関する説明を受け、医療機関内での円滑に治療を受けるためてんかん医療連携ワークシートを作成することに、

同意します ・ 同意しません

令和 年 月 日

署名

続柄：本人 ・ 家族 ・