

患者氏名（署名又は記名捺印）（印）

連絡先

親族又は理解補助者（署名又は記名捺印）（印）

連絡先

患者さんとの関係

説明医師（署名又は記名捺印）（印）

所属

立会人（署名又は記名捺印）（印）

連絡先あるいは所属

患者さんとの関係