

# 同意書

私は書類の郵送、書類が不要になった際の返金手続きに関し、以下の事項に同意します。

## 【ご郵送に関して】

- 当院がお預かりした(患者様名) \_\_\_\_\_ 様の書類を  
\_\_\_\_\_ 様宛に郵送すること
- 切手代は同意者様または患者様のご負担となること
- 書類を当院が郵送し、同意者様、患者様へ届かなかった場合、当院は責任を負いかねること

## 【ご返金に関して】

- ご依頼された書類が不要になった等の理由で当院から返金する際、返金手続きは原則、当院会計窓口での取り扱いとなること。但し、お振込みをご希望される場合、お支払いしていただいた金額から振込み手数料を差し引いた金額で当院からお振込みすること

年 月 日

《同意者》

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受傷者との関係

[本人・家族・法定代理人・法定相続人・その他 ( )]

以上