

## 漢方治療同意書

神奈川県立がんセンター漢方サポートセンター

東洋医学科 御中

\_\_\_\_\_殿の漢方治療に同意いたします。

※注意事項がございましたら、ご記入ください。

---

---

---

年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_ 印