

## オンライン診療受診同意書

私は、オンライン受診時に、保険診療費に加え、通信料等  
(15歳未満 200円、15歳以上 350円) の費用を負担するこ  
とに同意いたします。

年 月 日

署名 (受診本人名でお願いします。連名可)