

セカンドオピニオン 委任同意書

筑波大学附属病院 水戸地域医療教育センター
茨城県厚生連 総合病院水戸協同病院
病院長 殿

記

私(患者氏名) _____ は本委任同意書を持参した

(ご相談者氏名) _____ (続柄) _____ が

私自身のセカンドオピニオンを受ける事を委任いたします。

また私の主治医宛の報告書が作成されることにも同意いたします。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

以上