

同意書

(この書面はすべて患者本人が記入してください)

名古屋徳洲会総合病院 病院長 様

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を下記代理人に委任致します。

年 月 日

本人 住所 _____

氏名 _____ 印

委任を受けた代理人氏名

患者との間柄 (患者からみて)
