

セカンドオピニオン同意書

(患者様本人の自筆)

独立行政法人国立病院機構

静岡医療センター院長 殿

私は、下記の者に、私の病状等に関する主治医の紹介状および病状に関する資料等を持参させ、静岡医療センターの医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

令和 年 月 日

患者様住所

患者様氏名

印

1. 委任を受けた
代理人氏名

患者様との
関係

2. 委任を受けた
代理人氏名

患者様との
関係