

別紙 2

同意書

(この書面はすべて患者さま本人が記入してください)

一宮西病院 病院長 殿

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

年 月 日

本人 住所

氏名

委任を受けた代理人氏名

患者さまとの間柄 (患者さまから見て)

※代理人については、受診日当日に身分のわかる書類を頂きます。