セカンドオピニオン外来　相談同意書

私（患者さま氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

上尾中央総合病院にセカンドオピニオン外来相談を希望し、申請いたします。

また、下記代理人が、貴院のセカンドオピニオン担当医師の意見を求めることに同意いたします。

代理人氏名（ご相談来院者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿

年　　月　　日

患者さまご署名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日

ご住所