

(様式 1)

セカンドオピニオン相談同意書

(この書面は全て患者本人が記入してください)

金沢医療センター 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
下記代理人に委任いたします。

年 月 日

ご本人

住所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

氏名 _____

患者との間柄(患者から見て)

住所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

氏名 _____ (続柄: _____)

委任を受けた代理人

氏名 _____ (間柄: _____)