

# 同意書

私 \_\_\_\_\_ は、多根総合病院のセカンドオピニオンに関する事について下記の者を代理人として定めることに同意します。

フリガナ			
代理人氏名		患者との続柄	
住所	〒		
電話番号	( )		

令和 年 月 日

患者様ご本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)

紹介元医療機関名

\_\_\_\_\_  
(通院中・入院中)