

川崎医科大学附属病院 セカンドオピニオン同意書

川崎医科大学附属病院長 殿

私（患者様氏名）_____ は、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）_____（続柄）_____ が、

私の代理人として貴院でセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名 _____ 印
（生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）