

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（患者氏名）_____ は、本同意書を持参しました

（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。

年 月 日

患者氏名（自筆）_____

（生年月日 年 月 日）

※未成年の方・自署できない方は代諾者が下記にご署名ください。

代諾者（自筆）_____（続柄）_____