

国立病院機構 大阪刀根山医療センター

セカンドオピニオン 委任状

代理人住所: _____

代理人氏名: _____

患者との続柄: _____

私は上記のものを代理人に定め、貴院のセカンドオピニオン外来を受診することを承諾いたします。

また、セカンドオピニオン外来を受診するために必要な私個人の診療情報等を、代理人に預け、それに基づいた意見(セカンドオピニオン)を、貴院の医師から代理人に述べることを承諾します。

国立病院機構 大阪刀根山医療センター 院長 殿

年 月 日

患者住所: _____

患者氏名: _____ 印