

セカンドオピニオン委任状

独立行政法人地域医療機能推進機構

横浜保土ヶ谷中央病院長 様

相談者 住所_____

氏名_____印

続柄_____

私の病状について貴病院のセカンドオピニオンを受ける意志がありますが、
当日対応が出来ないため、上記の者にその相談及び聞き取りなどのすべてを委任します。

また、相談内容などについては現主治医に報告することに同意します。

年 月 日

患者 住所_____

氏名_____印