

(様式2)

セカンドオピニオン同意書

名古屋市立大学医学部附属
西部医療センター
病院長 殿

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオンに関する一切の権限を、下記の依頼人へ委任することに同意いたします。

年 月 日

住所

(電話 - -)

氏名

(印)

委任を受けた代理人氏名

(印)

患者さんとの間柄 ()