

同意書

(様式2)

(全て患者様本人の自筆)

独立行政法人 国立病院機構

東尾張病院長 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
下記代理人に委任いたします。

平成 年 月 日

患者住所

.....

患者氏名

印

委任を受けた
代理人氏名

患者様との
関係