

社会医療法人厚生会
中部国際医療センター 病院長 殿

同意書

私（患者本人）は、

代理人 _____（本人との間柄： _____）が、

私の治療に関するセカンドオピニオン相談を受けることについて同意します。

年 月 日

患者さま氏名 _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日

※患者さまご本人がご記入頂き、セカンドオピニオン外来の当日ご持参下さい。