

同 意 書

帝京大学医学部附属病院長 殿

私の病気について、帝京大学医学部附属病院にセカンドオピニオンを依頼します。
また、私の代理人として下記の者が病状等の内容についてお伺いすることを同意します。
(複数で相談に見える場合は全ての方のお名前をお書きください)

代理人名	_____様	本人との関係	_____
	_____様		_____
	_____様		_____
	_____様		_____
	_____様		_____

年 月 日

ご 署 名 _____ 印

住 所 _____

連絡先電話番号 _____