

同意書

紀南病院 病院長 殿

私は 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や
現在実施され、または今後行うこととして提案されている治療等に関し、社会保険
紀南病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。また私の代理として、
【 】に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名

住所

連絡先電話番号
