

同意書

(患者様本人の自筆)

独立行政法人国立病院機構
天竜病院長 殿

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を
下記代理人に委任いたします。

年 月 日

患者様住所

氏名 印

1 委任を受けた
代理人氏名

患者様との
関係

2 委任を受けた
代理人氏名

患者様との
関係