

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、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。

令和 年 月 日

署名 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____