

(セカンド・オピニオン外来)

委 任 状

私 (本人氏名) _____ は、本委任状を持参しました
(来院者氏名) _____ に、貴院医師による私の疾患に
関する診断や治療方針などについての意見 (セカンド・オピニオン) を受ける
ことについて委任いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 : _____ 印

生年月日 : 平成・令和 年 月 日