

丸の内病院セカンドオピニオン外来

相談委託同意書

抱生会 丸の内病院

病 院 長 殿

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

上記のものを代理人と認め、下記の事項を委託します。

記

1. 丸の内病院にてセカンドオピニオンを申し込む権限
2. セカンドオピニオンを受けるため代理人が必要な私の個人情報等を丸の内病院の医師に提供する権限
3. セカンドオピニオンを受けた結果を丸の内病院医師から説明を受ける権限
4. セカンドオピニオンの報告書を紹介元の主治医に提供する権限

西暦 年 月 日

(委託者) 住所 _____

氏名 (自署) _____

連絡先電話番号 _____