

旭川赤十字病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

旭川赤十字病院長 様

相談者(代理人)

住所 〒 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生 性別: 男・女

患者様との関係 _____

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関する一切のことに同意します。

年 月 日

住所 〒 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生 性別: 男・女