

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 _____ 性別 _____

患者との関係 _____

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ついて
同意します。

令和 年 月 日

住 所 〒 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 性別 _____