

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  
同意します。

令和 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_