

セカンドオピニオン同意書

京都府立医科大学附属北部医療センター病院長 様

平成 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、京都府立医科大学附属北部医療センターの医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

記

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

注1 _____ の箇所に本人の直筆で記入願います。

注2 相談者は、本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。