**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　樣

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　月　　日

　私は、下記の者に私の病状に関する主治医の診療情報提供書、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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

 　　　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

注１　　　　＿の箇所に本人の直筆で記入をお願いします。

注２　相談者は本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参ください。