

同意書

荒尾市民病院事業管理者 様

私（患者氏名）_____は、以下の者が、代理人として、
荒尾市民病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報等を貴院の医師に提供すること、その情報に基づいた意見や判断を代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても併せて同意いたします。

年 月 日

代理人 住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____

本人 住所 _____

氏名 _____ 印