

(セカンドオピニオン外来)

委 任 状

私 (患者氏名) _____ は、本委任状を持参しました
_____(相談者氏名) _____ が、貴院医師による私の疾患に関する
診断や治療方針などについての意見 (セカンドオピニオン) を受けることについて
委任いたします。

平成 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

患者住所 : _____

患者氏名 : _____ 印

生年月日 : _____ 年 月 日