

倉敷市立市民病院

セカンドオピニオンに関する委任状

代理相談者住所	
代理相談者氏名 及び生年月日 続柄	(<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) ⑩

私こと、() は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

<委任事項>

- ・セカンドオピニオンに関する一切の手続き、及び代理での相談対応について

以上

令和 年 月 日

委任者 (患者本人) 住所	
委任者 (患者本人) 氏名 及び生年月日	(年 月 日) ⑩