

代理受診同意書

独立行政法人国立病院機構

姫路医療センター院長 様

年 月 日

患者氏名： _____ 印

住 所： _____

電話番号： _____ () _____

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、独立行政法人国立病院機構姫路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。

相談者（代理受診者）

氏名	患者との続柄	連絡先（TEL）

※ 注1：患者様ご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は代筆で結構です。

※ 注2：相談者は、相談者ご本人を証明するもの（保険証、運転免許証等）をご持参下さい。