

同 意 書

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を
下記代理人に委任いたします。

年 月 日

独立行政法人 国立病院機構
三重中央医療センター院長 殿

患者氏名 印

患者住所

代理人氏名

患者様との続柄