

セカンドオピニオン委任状

北里大学北里研究所病院 病院長殿

【受任者（代理人）】

住	所						
氏	名	Ⓜ					
生	年	月	日	西暦	年	月	日
電	話	番	号				
患者との関係							

私は、本委任状を持参した上記代理人に対して、セカンドオピニオン担当医師が私の病状に関する診断および治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べることに同意いたします。

年 月 日

【委任者（患者）】

住	所						
氏	名	Ⓜ					
生	年	月	日	西暦	年	月	日
電	話	番	号				

※代理人の方は、健康保険証、運転免許証、パスポート等の身分証明書を提示してください。