

委任状

西暦 年 月 日

代理人氏名 : 性別 (男 ・ 女)

生年月日 : T・S・H・R 年 月 日 (歳)

住 所 :

患者との関係:

私は、上記のものを代理人としてセカンドオピニオンに関する事を委任します。

患者氏名 : 印

住 所 :

電 話 : ()