

同意書

医療法人社団勲章会 原泌尿器科病院 院長 殿

私は 年 月 日に予定されている貴院におけるセカンドオピニオン外来にて、私の病状についての診断内容や、現在実施されている、または今後行うこととして提案されている治療法に関して、私の代理人である_____に
全て話していただくことに同意いたします。

令和 年 月 日

署名 _____ 印

住所 _____

連絡先電話番号 _____