

同意書 (様式13)

(患者様本人の自筆)

独立行政法人国立病院機構  
名古屋医療センター院長 殿

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

患者住所

患者氏名 印

委任を受けた  
代理人氏名

患者様との  
関係