

委任状

熊本放射線外科院長 様

私は、令和 年 月 日に行われる熊本放射線外科のセカンドオピニオン
外来について、下記代理人に対して、貴院担当医師が私の病状に関する診断および治療内容、
今後の見通しなどについて意見や判断を述べることに同意いたします。

※代理人は一親等以内の方をお願いします。
※代理人の方は、セカンドオピニオン外来の当日に身分証の提示をお願いします。
(身分証：運転免許証・マイナンバーカード・健康保険資格確認証・パスポートのいずれか)

令和 年 月 日

代理人氏名				続柄 ()
生年月日	年	月	日	
住 所				
電話番号				
患者氏名				
住 所				
電話番号				