

代理相談委任状

医療法人公仁会 姫路中央病院附属クリニック クリニック所長 殿

私_____は、貴院でセカンドオピニオンを受けるにあたり、私の疾病について治療内容、今後の見通しなどについて意見・判断を求めることを下記の相談者に委任いたします。

記入日 年 月 日

【患者さん】（委任者）

住 所：_____

氏 名：_____

生年月日：_____年 月 日

【相談者】（受任者）

住 所：_____

氏 名：_____

生年月日：_____年 月 日

患者さんとの関係：_____

※代理相談者が複数人の場合は、それぞれ委任状が必要です。

※代理相談者の身分を証明できるもの（保険証や運転免許証など）が必要となります。必ず、コピー添付か当日ご持参下さい。