

同意書

済生会西条病院長 殿

(患者ご本人)

住 所

氏 名

㊞

私はこの度、済生会西条病院 科において、
下記の者がセカンドオピニオンを受けることに同意します。

令和 年 月 日

(ご家族)

住 所

氏 名

㊞

患者ご本人とのご関係