

同意書

兵庫県立西宮病院長 様

私は、平成____年____月____日に行われる私の病状についての診断の内容や現在実施され、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、兵庫県立西宮病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。また私の代理として、_____に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

平成____年____月____日

署名： _____ (印)

住所：〒 _____

連絡先：Tel _____