

# 同 意 書

山鹿市民医療センター院長 様

私 (患者氏名) は、以下の者が、私の代理人として、山鹿市民医療センターでセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報等を貴院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見や判断を代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについてもあわせて同意いたします。

(※ 代理人は原則として一親等以内の方をお願いします。)

代理人 住所

氏名

本人との続柄

令和 年 月 日

本人 住所

氏名 印