（様式1）

セカンドオピニオン相談同意書

（この書面は全て患者本人が記入してください）

石川県立中央病院　病院長　様

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を下記代理人に委任いたします。

　　　年　　　月　　　日

ご本人　（患者氏名）

住所

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

氏名

代理人氏名

住所

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　　　　　　）