

同 意 書

今村病院院長 殿

私は 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、今村病院にセカン
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 _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

公益財団法人 慈愛会 今村病院