

代理受診委任状

社会医療法人財団新和会 八千代病院長殿

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、八千代病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

本人： 住所 _____

氏名（自署） _____

連絡先電話番号 _____

記

相談者（セカンドオピニオンを求めるもの）：

① 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

② 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

③ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

④ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

⑤ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

注1： _____の箇所に本人の直筆で記入願います。

注2： 相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。