

松阪市民病院セカンドオピニオン面談者リスト

松阪市民病院 病院長 様

この度、下記の者が松阪市民病院で私の病状に関するセカンドオピニオンに同席することに同意します。

氏名	続柄

※セカンドオピニオン面談に同席される方の氏名と続柄をご記入下さい。

※面談を受けられる方は、各自身分証（運転免許証・健康保険証など）をご持参ください。

令和 年 月 日

患者さま署名

代筆氏名

(患者との関係)

松阪市民病院 セカンドオピニオン