セカンドオピニオン外来　同意書(委任状)

新東京クリニック所長　殿

　私、　　は、以下の者が、私の代理人として、新東京クリニックにてセカンドオピニオンを受けることに同意します。
またセカンドオピニオンを受けることにあたり、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を、新東京クリニックの医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を新東京クリニックの医師が代理人に伝え、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合わせて同意します。

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

本人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生

※本人が相談者の場合は、この同意書は不要です

医療法人社団誠馨会　新東京病院/新東京クリニック/新東京ハートクリニック
〒271-0077　千葉県松戸市根本473-1　☎047-366-7000（代）