

同 意 書

平成 年 月 日

大阪国際がんセンター病院長 様

患者様氏名 _____

この度、下記の者が大阪国際がんセンターで、私の病状に関してセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

記

面談者氏名

氏 名	続 柄

※ この同意書は、患者様が面談に来られない場合に必要になります

※ 同意書にお名前がない方は、セカンドオピニオンを受けられません

平成 年 月 日

患者様署名 _____

代筆 氏名 _____

親族、その他（患者との関係 _____）