

セカンドオピニオン面談者リスト

大阪国際がんセンター病院長 様

この度、下記の者が大阪国際がんセンターで、私の病状に関するセカンドオピニオンに同席することに同意いたします。

氏名	続柄

- ※セカンドオピニオン面談に同席される方のお名前と続柄をご記載ください
- ※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

患者様署名 _____

代筆 氏名 _____

親族、その他（患者との関係 _____）