

## 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  
オンに同席することに同意いたします。

ご本人とともにセカンドオピニオン面談を受  
けられる方の氏名、続柄をご記入いた  
だき、面談当日に持参ください。

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。

面談者リストを記載した日をご記入ください。

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 \_\_\_\_\_）