

## セカンドオピニオン代理申し込み同意書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

大阪国際がんセンター病院長 様

代理申し込み同意書に記入した日をご記載ください

私（患者本人氏名） 時刻 守 は、以下の理由により、（代理申込者） 時刻 四十五 （続柄： 妻 ）が

私の病状等に関する紹介状、病状に関する資料などを持参し、セカンドオピニオンを申し込むことに同意いたします。

代理申し込みが必要な理由（あてはまる項目に○をつけてく

患者本人が申し込みをすることができない理由をご記入ください

1. 患者本人が申し込みに来ることが難しいため

(理由： 体調不良のため )

2. 患者が未成年のため

※この書面は患者本人が記入してください。

(ご本人が記載できない場合は代筆で結構です)

※代理申込者は、申込者本人を証明するもの（マイナンバーカード、運転免許証等）のコピーをご持参ください。