

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氏名と続柄をご記入ください。
- ※ 面談を受けられるすべての方の身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）をご持参ください。

令和 年 月 日

患者本人署名 _____

代筆 氏名 _____

親族、その他（患者との関係 _____）