

同 意 書

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。

氏 名	続 柄

- ※ この同意書は、患者本人が面談に来られない場合に必要となります。
- ※ 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。
- ※ 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 _____）