

同意書

国家公務員共済組合連合会 斗南病院長殿

私は、 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や
現在実施され、又今後行うこととして提案されている治療方針に関し、
国家公務員共済組合連合会 斗南病院にセカンドオピニオンを依頼いたしま
す。

また、私の代理人として、 _____ に病状等の内容について
話をすることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者署名 _____ 印

代理人署名 _____ 印

住所 _____

連絡先電話番号 _____