

同意書

市立宇和島病院 殿

(患者ご本人)

住所 _____

氏名 _____ 印

私はこの度、市立宇和島病院 _____ 科において、
下記の者がセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

年 月 日

(ご家族)

住所 _____

氏名 _____ 印

患者ご本人とのご関係 _____