

セカンドオピニオン相談承諾書

(あて先)

埼玉県総合リハビリテーションセンター長

私は、本承諾書を持参した代理人に対し、埼玉県総合リハビリテーションセンターの担当医師が、私の疾患に関する診断や治療内容等についての意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに承諾します。

令和 年 月 日

患者 住所： _____

氏名： _____ 印

※患者ご本人の直筆であれば印鑑は必要ありません

生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日生

(代筆者氏名： _____ 続柄： _____)

代理人 住所： _____

氏名： _____

生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日生