

同 意 書

KKR札幌医療センター 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、また今後行うこととして提案されている治療方法等に関し、KKR札幌医療センターにセカンドオピニオンを依頼いたします。

また私の代理として、_____に症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

署 名

住 所

連絡先電話番号