

代理受診同意書

京都鞍馬口医療センター 院長 様

西暦 年 月 日

患者氏名 _____ ⑩

住 所 _____

電話番号 _____ ()

私は、下記の者に現在治療している医療機関の検査資料等を持参させ、京都鞍馬口医療センターの医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

相談者(代理受診者)

氏 名	続柄	連絡先(Tel等)

※相談者は、相談者本人を証明するもの(運転免許証・住民票・健康保険証・パスポート等)をご持参ください。