

同 意 書

兵庫医科大学病院長 殿

私は、平成____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、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、兵庫医科大学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

署 名： _____ ㊞

住 所： 〒 _____ - _____

連絡先： Tel _____