

独立行政法人地域医療機能推進機構
桜ヶ丘病院 病院長 様

委任状

私は下記の代理人に、私の診断治療に関するセカンドオピニオンを受け
ることの一切の件を委任します。

記

代理人氏名

代理人住所

患者との関係

以上

年 月 日

患者氏名

印

※注：この書面は原則全て患者本人が記入してください。