

同意書

年 月 日

社会福祉法人 京都社会事業財団
京 都 桂 病 院 長 殿

この度、下記の者が京都桂病院で、私の病状に関してセカンドオピニオンを受けることに同意します。

患者氏名： _____ 印

住 所： _____

電話番号： _____ () _____

記

相談者氏名	続柄

*相談者の方は、家族であることを確認できる書類（健康保険証等）を必ず持参してください