

同意書

松山赤十字病院 殿

(患者ご本人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

私はこの度、松山赤十字病院 _____ 科において、下記の者が
セカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ご家族)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

患者ご本人とのご関係 _____