同　意　書

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の

権限を下記代理人に委任いたします。

年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

　　　　　　榊原病院院長　殿

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

患者住所

代理人氏名

患者様との続柄