

# 委任状

(セカンドオピニオン)

年 月 日

神戸掖済会病院長 殿

[ 委任者 ] (患者さん)

診察券番号 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することを委任します。

記

[ 受任者 ] (代理で手続きをされる方)

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

続柄 (患者さんからみた、あなたは) : < \_\_\_\_\_ >

以上

ご本人のご署名が困難な理由