

魚沼基幹病院 セカンドオピニオン委任状

(患者さんご本人が来院できない場合は、この委任状と代理人の身分証明書をご提出ください)

魚沼基幹病院長 様

私（患者氏名_____）は、
代理人（氏名_____続柄_____）に対して、貴院の
医師が、私の疾患に関する診断、治療内容について意見を述べることに同意しま
す。

令和 年 月 日

患者 氏名_____⑩
住所_____

<お問い合わせ先>

〒949-7302

新潟県南魚沼市浦佐 4132 番地

魚沼基幹病院 患者サポートセンター

電話：025-777-3200（代表）