

# 長岡赤十字病院 セカンドオピニオン委任状

(代理の方がセカンドオピニオンを受ける場合は、この委任状が必要です)

長岡赤十字病院 院長 様

私（患者様氏名\_\_\_\_\_）は、この委任状を持参した  
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

患者様 氏名 \_\_\_\_\_ ①

住所 \_\_\_\_\_