

様式第1号（第5条関係）

伊勢崎市民病院セカンドオピニオン外来同意書

伊勢崎市民病院長 様

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、伊勢崎市民病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

平成 年 月 日

本人

住 所： _____

ふりがな

氏 名： _____ 印

相談者

ふりがな

氏 名： _____ 続柄

※注1. 本人の直筆で記入願います。

注2. 相談者は、相談者本人を証明できるもの（運転免許証・健康保険証等）をお持ち下さい。