

代理受診委任状

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院長殿

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

本人

住 所 _____

氏 名 (自署) _____

連絡先 _____

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

① 氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

住 所 _____

連絡先 _____

② 氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

③ 氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

※ご家族のみで来院される場合は、患者本人にこちらの用紙を記入していただき、相談に来られる方の写真付きの身分証明書 (免許証 or マイナンバーカード) の添付をお願い致します。