様式2

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

1. 氏 名 間柄（本人から見て）
2. 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。