

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、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、中京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。

本人：住所 _____

氏名（自署） _____

連絡先電話番号 _____

記

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） _____

② 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

③ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

④ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

⑤ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

注 1： _____ の箇所に本人の直筆で記入願います。

注 2：相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参
願います。