

記入日 年 月 日

大阪市立総合医療センター一病院長様

代理相談委任状

代理人住所： _____

代理人氏名： _____

患者との関係： _____

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

セカンドオピニオンを受ける当日に、私の疾病について治療内容、
今後の見通しなどについて意見を求める権限。

患者住所： _____

患者氏名： _____

※代理相談者が複数人の場合は、それぞれ委任状が必要です。
※代理相談者の身分を証明できるもの（保険証や運転免許証など）が必要となります。必ず、コピー添付か当日ご持参下さい。