

セカンドオピニオン同席者リスト・同意書

心臓病センター榊原病院長 殿

この度下記の者が、心臓病センター榊原病院で、私の病状に関するセカンドオピニオンに同席する事に同意いたします。

氏名	続柄	病院使用欄

※セカンドオピニオンに同席される方の氏名と続柄をご記入ください。
※身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）の提示をお願いする場合がございますので、ご持参ください。

年 月 日

病客さま本人署名 _____

代理人氏名 _____

親族・その他（病客さまとの続柄 _____）