

委任状

熊本赤十字病院長 様

私は、令和 年 月 日に行われる熊本赤十字病院のセカンド
オピニオン外来について、下記代理人に対して貴院担当医師が私の病状に関する
診断及び治療内容、今後の見通しなどについて意見や判断を述べることに同
意いたします。

※代理人は一親等以内の方をお願いします。

※代理人の方は、セカンドオピニオン外来の当日に身分証の提示をお願いします。

(身分証：保険証・運転免許証・パスポート・マイナンバーカードのいずれか)

令和 年 月 日

代理人氏名 _____ ⑩ 続柄 ()

生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

患者氏名 _____ ⑩

住所 _____

電話番号 _____