

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター
セカンドオピニオン 代理相談 委任状

(諸事情により本人が来院出来ず、家族が代わって相談を受ける場合に患者本人が記載する)

JA 長野厚生連 佐久総合病院
佐久医療センター 院長 殿

私は、諸事情により貴院のセカンドオピニオンを直接受ける事が出来ません。
つきましては、本委任状等を持参した以下の者に私のセカンドオピニオンを受ける事を委任いたします。

平成 年 月 日

委任状は、患者本人の直筆で記入をお願いします

(諸事情により代理人が代筆される場合には、医療機関により代筆証明に署名をお願いします。)

患者氏名 (直筆)	フリガナ

代理人氏名	フリガナ
代理人の続柄	

※複数名いる場合は全員の氏名を記入してください

※代理人は、自身を証明できるもの (運転免許証等) をご持参ください。確認させていただく場合がございます。

代筆証明 (医療機関職員記入)

諸事情により患者本人が記名できないため、患者本人のセカンドオピニオンの意向を確認し、代理人による代筆を証明します。

医療機関名			
所属部署		職種	
氏名			印

