

## 同 意 書

嬉野温泉病院長 殿

私は 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や現在  
実施され、または今後行うこととして提案されている治療方法等に関し、嬉野温泉病院に  
セカンドオピニオンを依頼いたします。また私の代理人として、

\_\_\_\_\_に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

平成 年 月 日

署 名 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 : \_\_\_\_\_