同　　意　　書

令和　　年　　月　　日

星ヶ丘医療センター院長　殿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（自筆でお願いします）

この度、下記の者が星ヶ丘医療センターで、私の病状に関してセカンドオピニオンを受けることに同意します。

記

氏　　名	続　　柄