

セカンドオピニオン相談同意書

(代理人が相談される場合)

独立行政法人労働者健康安全機構
総合せき損センター院長 殿

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、資料等を持参させ、総合せき損センターの医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

相談者①：住 所 _____

署 名 _____ 続柄 _____

相談者②：住 所 _____

署 名 _____ 続柄 _____

相談者③：住 所 _____

署 名 _____ 続柄 _____

令和 年 月 日

患者様氏名：住 所 _____

(フリガナ _____)

氏 名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

- 本人の直筆でご記入ください。(直筆が困難な場合ご家族が代筆されても結構です。)
- 相談者は、本人を証明するもの(運転免許証、保険証等)をご持参願います。