同　　意　　書

平成　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構
　　奈良医療センター院長　殿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（自筆でお願いします）

この度、下記の者が独立行政法人国立病院機構奈良医療センターで、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