

# 同意書

日本赤十字社熊本健康管理センター  
所長 様

私は 令和 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法等に関し、日本赤十字社熊本健康管理センターに相談（セカンドオピニオン）を依頼します。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。

令和 年 月 日

受診者氏名

印

住所

連絡先電話番号