

セカンドオピニオン同意書

独立行政法人  
労働者健康安全機構  
浜松労災病院長 様

私は、私の病状についての診断内容、現在に行われている治療、または提案されている治療方法等に関し、浜松労災病院の医師にセカンドオピニオンを依頼いたします。また、私の代理として下記の者に病状等の内容について話をすることに同意します。

年 月 日

本人 : 住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ \_\_\_\_\_ )

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

- 本人の直筆でご記入ください。
- 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。
- 相談者は、3名以内とします。