

# 同意書

愛媛大学医学部附属病院長 殿

(患者ご本人)

住 所
氏 名 <span style="float: right;">印</span>

私はこの度、愛媛大学医学部附属病院 科において、  
下記の者がセカンドオピニオンを受けることに同意します。

年 月 日

(ご家族)

住 所
氏 名 <span style="float: right;">印</span>
患者ご本人とのご関係