

委任状

令和 年 月 日

相談者（代理人）

住所 〒 _____

氏名 _____

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

性別：男・女

代理人との関係 _____

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関する一切のことを委任することに同意します。

住所 〒 _____

氏名 _____

⑩

受任者 名寄市立総合病院 院長