**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　　名寄市立総合病院　院長