（様式6）

同　　意　　書

（この書面は全て患者本人が記入してください）

愛知県がんセンター病院長　様

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を下記代理人に委任いたします。

　　　年　　　月　　　日

本人　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

委任を受けた代理人氏名

患者との間柄（患者から見て）