鎌ケ谷総合病院放射線治療セカンドオピニオン　委任状

　年　　月　　日

（代理人）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　㊞

住　　所

　　　　　電話番号（固定）

電話番号（携帯）

生年月日

上記の者を代理人と定め、下記に係わる権限を委任する。

記

1. 鎌ケ谷総合病院放射線治療科セカンドオピニオンに係る

　　全ての事柄

以上

（本　人）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　㊞

住　　所

　　　　　電話番号（固定）

電話番号（携帯）

生年月日