

鎌ヶ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 _____ ⑩

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. 鎌ヶ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 _____ ⑩

住 所 _____

電話番号 (固定) _____

電話番号 (携帯) _____

生年月日 _____