

関東労災病院 セカンドオピニオン同意書

関東労災病院院長 殿

私、\_\_\_\_\_ は、以下の者が、私の代理人として、  
関東労災病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意し  
ます。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人がセカ  
ンドオピニオンに必要な私個人の診療情報を関東労災の医師  
に提供すること、及びその情報に基づいた意見を関東労災の医師  
が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供すること  
についても、あわせて同意します。

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印