

小林市病院事業管理者 殿

代理人 ①	住 所：
	氏 名：
	生年月日： 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	患者さんとの続柄：

代理人 ②	住 所：
	氏 名：
	生年月日： 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	患者さんとの続柄：

患者	住 所：
	氏 名：印
	生年月日：大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	連絡先：

※上記の代理人欄に記名のない方、本人を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンをお受けできませんのでご了承ください。