

沖縄協同病院 セカンドオピニオン外来 委任状

西暦 年 月 日

【委任者】（患者様）

住所

氏名

私は、下記の者が私の代理人として定め、沖縄協同病院のセカンドオピニオン外来の手続きを行うこと、及びその外来受診を委任します。

【代理人】

住所

氏名

生年月日 （ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ） 年 月 日生

委任者（患者様）との関係

電話番号

沖縄医療生活協同組合 沖縄協同病院

作成日：2021/4/1  
作成部署：地域連携課