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