

委任状

西暦 年 月 日

郵便
代理人 住所 -

氏名

生年月日 年 月 日生 性別

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することを委任します。

郵便
住所 -

氏名

連絡先 TEL () -
代理人との関係

岐阜大学医学部附属病院