

同意書

栃木県立がんセンター病院長 殿

このたび、私の家族_____（続柄）、 _____（続柄）、が、

栃木県立がんセンター・セカンドオピニオン外来を受診し、私の病態などについて
の意見を求めることに同意します。

年 月 日

患者さんご本人の署名： _____