

国立がん研究センター東病院

オンラインがん相談 委任のための同意書

(相談者が患者本人以外の場合)

私 \_\_\_\_\_ (患者氏名) は、下記の者を代理人 (相談者) と定め、私の病状および治療法等に関して国立がん研究センター東病院 医師のオンラインがん相談を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者本人

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

(自署または記名押印)

記

代理人 (相談者)

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

(患者との続柄 : \_\_\_\_\_ )

代理人 (相談者) のお電話番号にご連絡させていただく場合がございます。