

# セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

群馬県立がんセンター院長あて

FAX 0276-38-0614

TEL 0276-38-0771

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、セカンドオピニオンに係る面談料として定められた金額を支払うことに同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

患者氏名	様	性別	男・女
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)		
相談者 連絡先	住所 〒 TEL : ( ) FAX : ( )		
相談者続柄	ご本人 ・ ご家族 (患者との続柄 )		

傷病名 (疾患名)	1 : 2 :
今までの 経過	
ご相談内容	