市立大町総合病院相談委託同意書

私(患者村	様ご氏名)			<u></u> は、本	同意書に署名いたしました
(ご相談者氏名)				(続柄)	に対して、
担当医師	が私の疾患	についての	診断及び	治療内容、	今後の見通しに付きまして、
意見や判断	断を述べる	ことに同意	いたしま	す。	
	年	月	日		
(患者様氏					印