

委任状

西曆 年 月 日

社会福祉法人 三井記念病院
院長 殿

【委任者（患者）】 氏名（自署）： _____ (印)

住所： _____

生年月日： 西曆 年 月 日

連絡先： _____

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、診断書・証明書等の申込みおよび受領に関する一切の権限を委任致します。

併せて係る診療情報を受任者へ開示することも同意致します。

【代理人（受任者）】 氏名： _____

住所： _____

連絡先： _____

委任者との関係： _____

※代理人の方は、運転免許証・健康保険証・パスポート等の身分証明書をご持参ください。

※本委任状は、原本および記載より3ヶ月以内のものを有効とします。