

委任状

年 月 日

賛育会病院 宛

(患者住所)

(患者氏名・自署)

印

私(患者)は、次の者を代理人と定め、診療情報に関する文書作成について(申請・受取)を委任します。

(代理人の住所・電話番号)

住所

電話番号 ()

(代理人の氏名・自署)

印

- * 代理人の方は保険証・免許証等、記載事項を確認できる身分証明書をご持参下さい。
- * 本状は記載日より3ヶ月以内のものをお持ち下さい。
- * 本状は原本のみ有効です。