

## 委 任 状

委任者住所(患者住所) \_\_\_\_\_

委任者氏名(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印

委任者生年月日(患者生年月日) T・S・H 年 月 日 \_\_\_\_\_

委任者連絡先 (患者連絡先) \_\_\_\_\_

代理人との関係 \_\_\_\_\_

※委任者(患者)が記入できない場合の理由

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

私は下記の者を代理人と定め下記明細に関する一切の権限を委任いたします。

### 記

#### 委任事項

1. 診断書・各種証明書、診療情報提供書など、書類の受け取り。
2. レントゲンフィルム画像など診療情報の貸し出しの受け取り。
3. 医師との面談、代理受診。
4. その他、当院が必要と認めた場合。

以上

20 年 月 日 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人生年月日 T・S・H 年 月 日 \_\_\_\_\_

代理人連絡先 \_\_\_\_\_

個人情報保護法に伴い、お受け取りの際には必ず身分証明書を持参してください。  
委任状及び身分証明書を持参されない場合には、書類をお渡しすることができませんのでご了承ください。