

委任状

医療法人紫苑会
阿久津医院院長 殿

代理人住所 _____
代理人氏名 _____
代理人生年月日 _____ 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
連絡先電話番号 _____ (_____) _____
患者との関係 _____

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

- 1) 各種文書の申し込み・受け取り
- 2) 代理受診
- 3) その他 (_____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (作成日)

住所 _____
患者氏名 _____ 印
連絡先電話番号 _____ (_____) _____
診察券番号 _____

委任者（患者）が記入できない場合の理由

個人情報に伴い、必ず身分証明書の持参をお願い致します。

*本委任状は被委任者が変更になる際には、その効力を失い、その都度再提出が必要となります。