

# 委任状

記入日 年 月 日

社会医療法人寿会 富永クリニック院長殿

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・R 年 月 日

委任者連絡先（患者連絡先）

※ 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内容に関する一切の権限を委任いたします。

記

委任事項（※委任する内容の□にチェックをお願いいたします。複数可）

- 診断書・各種証明書、診療情報提供書など、書類の作成依頼および受け取り
- 画像(CD-R)など診療情報の作成・貸し出し依頼および受け取り
- 医師との面談、代理受診
- その他( ) 以上

代理人住所

代理人氏名 印

代理人生年月日 T・S・H・R 年 月 日

代理人連絡先

個人情報保護法に伴い、受付の際には患者さんの診察券、身分証明書を必ず持参してください。  
本状は記載日より 3ヶ月以内のもので、原本のみ有効といたします。  
委任状及び身分証明書を持参されない場合には、受付することができませんのでご了承ください。  
なお、医師が記入した書類につきましては、返金致しかねますのでご了承ください。