

委任状

患者 _____ 登録番号 _____ - _____ の医療証明書類の申請及び受領に関する権限を下記のとおり委任します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

委任者（患者自署）

住所

氏名

⑩

（代筆者氏名

続柄

）

電話番号（ ）

生年月日 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

受任者（自署）

住所

氏名

⑩

電話番号（ ）

生年月日 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

続柄（委任者（患者）との関係）

※患者本人が自署できない場合

- ・代筆する方と受任者（窓口に来られる方）が同じ場合
受任者（窓口に来られる方）が、委任者（患者）欄、代筆者名と続柄、受任者欄を記入してください。
- ・代筆する方と受任者（窓口に来られる方）が違う場合
代筆者が委任者（患者）欄、代筆者名と続柄を記入、受任者（窓口に来られる方）が受任者欄を記入してください。

※患者本人及び親族以外の方が取りに来る場合は、委任者（患者）の免許証等（本人確認ができるもの）の写しを添付してください。