

令和 年 月 日

委任状

天童市民病院長 様

【委任者】(患者さん)

住所 _____ 氏名(自署) _____ 印
(自署の場合は不要)

生年月日 T・S・H 年 月 日 連絡先 _____ () _____

私は、天童市民病院での診療に係る診断書等の文書の請求・受領を次の者に委任します。
あわせて診療情報を受任者へ開示することに同意いたします。

【受任者】(代理で手続をされる方)

住所 _____ 氏名 _____

委任者との関係 (委任者からみた、あなたは) _____

※代理の方の身分証明書(運転免許証・健康保険証等)をお持ちください。

ご本人の署名が困難な理由 _____

代筆者 _____ (関係) _____