

委任状

年 月 日

昭和医科大学江東豊洲病院
病院長 殿

【委任者】（患者本人） ※ご本人が記載できない場合、下部「代筆者」にも記載をお願いします。

氏名（自署）： _____

住 所： _____

生 年 月 日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

連 絡 先： _____（ _____ ）

貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領を下記の者に委任いたします。
併せて、係る診療情報を受任者へ開示することにも同意いたします。

【代筆者】

委任者（患者本人）は下記理由により自署できないため、本人の意思を確認の上代筆しました。

理 由： _____

氏 名（自署）： _____

（受療者との関係： _____ ）

住 所： _____

生 年 月 日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

連 絡 先： _____（ _____ ）

【受任者】（窓口に来る方） ※患者本人の診察券と手続きをされる方の身分証明書をお持ちください。

☐ 代筆者と受任者が同一の場合はこちらにチェックをしてください。下記記載は不要です。

氏 名（自署）： _____

（受療者との関係： _____ ）

住 所： _____

生 年 月 日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

連 絡 先： _____（ _____ ）

※本委任状は、記載日が3ヶ月以内のものを有効とする。

※委任状の記載は委任者の直筆のものを有効とする。



昭和医科大学
江東豊洲病院