委　任　状

年　　月　　日

昭和大学病院
　病院長　殿

【　委 任 者　】

住 所
氏名（自署）
生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日
電話番号　　（　　）
（受療者との関係：　本人　、法定代理人　、その他[　　]）

受療者名：　　（生年月日：　　年　　月　　日）の貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領及び面談を下記に委任致します。
併せて係る診療情報を受任者へ開示することにも同意致します。

【　受 任 者　】

住 所
氏名
生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日
電話番号　　（　　）

※本委任状は、記載日が３か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。

昭和大学病院