委 任 状

年　　月　　日

昭和医科大学病院
　　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、受領および面談を下記に委任いたします。
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。

【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。

昭和医科大学病院