

委任状

年 月 日

昭和医科大学病院附属東病院
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（自署） _____

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
附属東病院