委　任　状

記載日　　　　年　　月　　日

昭和医科大学藤が丘病院　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わ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。

