

[様式2]

委任状

私は、

(代理人氏名) _____ (患者本人との関係) _____

(住所) 〒 _____

(電話番号) _____

を代理人として、次の事項を委任します。

記

患者 _____ に関する診療情報の提供を求める権限。

令和 年 月 日

委任者・患者本人 住所 〒 _____

氏名 (自署) _____ ⑩

生年月日

明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生

電話番号 _____

※委任状のほかに、代理人の身分を証明する書類が必要です。

竹田医師会病院