

委任状

記入日 年 月 日

東京女子医科大学八千代医療センター 病院長 殿

〈委任者〉

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

患者との関係： 本人 家族 その他（ ）

患者名： _____ 文書の作成依頼、受領等、文書一切に係る
事項を下記の者に委任します。

〈受任者〉

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

(注) 本書の有効期限は記入日より3ヶ月以内とする。

以上

《注意事項》

- * 記入日は必ずご記入ください。(有効期限の起算日となるため)
- * 委任者は、原則として患者さん本人となります。未成年の場合は、保護者の方の身分証明書コピーも一緒に添付してください。
- * 委任者、患者名、受任者の記載・押印がない場合は受付できません。(1つでも記載がない場合は不可となります)
- * 文書受付時に受任者の身分証明書等のコピーを取らせていただきます。
- * 受任者は、診断書・証明書等の作成を依頼する方で保険会社等の社名のみでは受付できませんのでご注意ください。
- * その他不備があった場合には、必要に応じて委任者へ電話等で確認させていただく場合があります。
- * 記載漏れがある場合には、受付できない場合もありますのでご注意ください。