

委任状

北部地区医師会病院 御中

平成 年 月 日

委任者（患者様本人）が記入下さい。

氏 名： _____

住 所： _____

生年月日： 明・大・昭・平 _____

※私に関する診療情報等の受け取りを下記の代理人に委任致します。

代理人氏名： _____ 患者様との関係： _____

住 所： _____

電話番号： _____

※受け取りの際は保険証・免許証等の公的証明書をご持参ください。

※本人・代理人の身分証明の確認が図れない場合は、書類をお渡しすることは
できませんので予めご了承ください。

※書類受け取り時間 平 日 9時から17時まで
土曜日 9時から12時まで