委　任　状

北部地区医師会病院　御中

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