

# 委任状

年 月 日

神戸掖済会病院長 殿

[ 委任者 ] (患者さん)

診察券番号 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領を下記に依頼します。  
併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意致します。

記

[ 受任者 ] (代理で手続きをされる方)

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

続柄 (患者さんからみた、あなたは) : < \_\_\_\_\_ >

以上

※ご記入、ご捺印の漏れがないか、再度ご確認ください。

※代理の方の身分証明書 (運転免許証・健康保険証等) をお持ちください。

ご本人のご署名が困難な理由