

# 委任状

年 月 日

帝京大学医学部附属病院長 殿

## 【委任者（患者）】

氏名（自署） \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、診断書等の文書の交付申請ならびに受領に関する一切の権限を委任いたします。

## 【受任者（代理人）】

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

※代理人の方は健康保険証・運転免許証・パスポート・戸籍謄本等、身分証明書をご持参ください。

※本状は記載日より3ヶ月以内のものをお持ちください。

※本状は原本のみ有効です。