

# 委任状

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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

委任者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

私は、上記の物を代理人と定め、下記の事項について委任します。

(委任事項)

医師より検査結果の説明を受ける

医師より薬の処方を受ける

代理人の方の確認 免許証・保険証・( \_\_\_\_\_ )で確認

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当 ( \_\_\_\_\_ )

医療法人成育会

なりもとレディースホスピタル

院長 安田 進太郎殿

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(委任者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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