

# 委任状

20 年 月 日

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

## 【 委任者 】

住 所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(受療者との関係：本人、法定代理人、その他 ( \_\_\_\_\_ ))

受療者名： \_\_\_\_\_ (生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

の貴院での診療に係る診断書等の文書の請求・受領及び面談等を下記に委任致します。

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

### 1. 請求、受領を委任する文書、資料及び面談の内容

文書、資料、面談の内容	委任者印
①	
②	
③	
④	

(注) 診断書、証明書等と記載した場合、その診断書、証明書の内容（検査結果、感染症の有無、アルコール測定値等）全てについて委任されたこととして取り扱い致します。

### 2. 対象診療科

科	科	科	科

(注) 複数科に依頼する場合は、依頼する診療科分の複写を用意して手続きにお越しく下さい。

### 3. 受任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏名（所属） \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(注) 本書の有効期間は発行日より3か月以内とする。

以 上

※ 記載方法については、裏面をご参照ください。

※ 黒または青色のボールペン等（インク式）でご記入ください。（鉛筆・シャープペンは不可）