

# 委 任 状

年 月 日

加古川中央市民病院長 殿

## 【委任者（患者）】

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ (印)

生年月日： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

私（患者）は、次の者を代理人と定め、診断書等の交付申請に関する一切の権限を委任します。

## 【受任者（代理人）】

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

住所： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

※患者本人が自筆できない場合は、代筆でも構いません。

※代理人の方は、患者本人の診察券、代理人の方の身元の確認ができるもの

（保険証・運転免許証・パスポート・マイナンバーカードなど）をご持参ください。