

# 委 任 状

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

ハレのこどもクリニック 院長殿

私は、患者である \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生) の診療に係る事項（診察・検査・処方等）について次の者を代理人と定め、一切の権限を委任いたします。

代理 人 氏 名（自署）\_\_\_\_\_ 患者との続柄（\_\_\_\_\_）

\_\_\_\_\_ 患者との続柄（\_\_\_\_\_）

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

委 任 者 氏 名（自署）\_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 患者との続柄（\_\_\_\_\_）

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

※代理人の方は、必ず身分証明書（マイナンバーカード、免許証等）をご持参ください。

※委任者は、必ずご自身でのご署名をお願いいたします。

ハレのこどもクリニック