

委任状

川崎医科大学附属病院
病院長 殿

代理人氏名 : _____
※委任者との続柄・関係 : 配偶者・子・父母・弁護士・その他()

代理人住所 : _____
※弁護士等の場合、事務所所在地

私は、上記の者を代理人と定め、患者 : _____ に関わる
下記書類の交付申請及び受領に関わる一切の権限を委任いたします。

書類名 : _____ (通)
_____ (通)

委任日 : 年 月 日

委任者氏名 : _____ (自署) 生年月日 : 年 月 日
(原則、患者)

※委任者と患者が異なる理由 : 患者の親権者・患者死亡のため法定相続人
その他()

※代筆の場合 : 代筆者氏名 _____ (患者との続柄 :)
代筆理由()

委任者住所 : _____
※代理人住所と同じ場合は記載不要

(備考)