

委任状

年 月 日
(記入日を必ずご記入下さい)

代理人氏名： _____
(患者との続柄：配偶者・親・子・その他 ())

代理人住所： _____

私は、上記の者を代理人と定め、川崎医科大学附属病院に対して下記証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

記

書類名： _____ 計 通

委任者氏名： _____ ⑩ 生年月日： _____ 年 月 日
(患者)

親権者氏名： _____ ⑩
※患者本人が未成年者の場合ご記入ください

委任する人が自筆で記入して下さい。※患者本人が未成年者の場合、親権者が記入して下さい

※下記の欄は患者本人が記入・捺印できない場合に、上記と併せてご記入ください。

自筆できない理由

患者本人が _____ ため

氏名： _____ (続柄： _____) が代筆しました。

【病院使用欄】 受付日： _____ 科名： _____ ID： _____ 社名： _____ 書類コード： _____