

委任状

医療法人社団ユスタヴィア

多摩センタークリニックみらい 藤井 仁美 院長 殿

私（患者氏名）_____は

（申請者氏名）_____に

代理人として所定の権限を委任します

申請者住所 _____

*（ ）内、該当項目に「レ」チェック、該当外に「×印」をして下さい

患者との関係 配偶者（ ）・親権者（ ）・法定相続人（ ）・その他（ ）

（ ） 私が診療、検査を受けた医師または医療機関から、診断名（傷病名）・診療内容・検査結果・既往歴・病歴・治癒見込みなどについて説明を受けること。

（ ） 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から、診断名（傷病名）・診療内容・検査結果・診断書・明細書等資料の交付・複写・貸し出しなどを行うこと。

委任者（患者記入欄）

西暦 年 月 日（作成日）

氏名（自筆署名）_____ 印

住所（患者） _____

※本委任状の有効期限は、作成日より90日以内とし、1回の申請をもってその効力を失います。

※個人情報保護法に伴い、来院の際には必ず身分証明書を持参して下さい。