

委任状

医療法人社団ユスタヴィア

クリニックみらい国立院長:野川 深雪 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。