

患者様ご自身がやむを得ない事情によりご来院できない場合に限り、適用させていただきます。

\*本状はご記入後、受付窓口にご提出ください。原本のみ有効となります。

\*代理人の方は、本人確認として

身分証(保険証・免許証・社員証・名刺など記載事項を確認できるもの)をご持参ください。

\*記載内容に不備があった場合には、必要に応じて委任者へ確認させて頂くことがあります。

## 委 任 状

【提出日】西暦 年 月 日

医療法人財団医親会

海上ビル診療所 院長殿

### 【委任者】

住 所 .....

.....

氏 名 .....

印

生年月日 .....

年

月

日

T E L .....

カルテ番号 .....

私は、下記の者を代理人と定め、

受診・面談 (1回に限り有効)

薬の受領 (提出日より1年間に限り有効)

会計 (提出日より1年間に限り有効)

その他 ( ) (提出日より1年間に限り有効)

の一切の権限を委任します。

記

(代理人) 住 所 .....

.....

氏 名 .....

.....

T E L .....

以上

以下、診療所使用欄

【代理人様・身分証にて確認】 西暦 年 月 日 (担当: )

【2018年4月改定】