

委任状

東海大学医学部附属病院病院長 殿

年 月 日

【委任者（患者）】

氏 名 _____

診療カード 番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

携帯番号 _____ - _____ - _____

私は、下記の者を代理人と定め、本診断書の交付申請ならびに受領に関する一切の権限を委任いたします。

【受任者（代理人）】

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

携帯番号 _____ - _____ - _____

委任者との関係 _____

※代理人の方は、本人確認書類として、運転免許証、旅券（パスポート）、マイナンバーカード、写真貼付の身分証明書、日本の官公庁（健康保険組合を含む）が発行した、氏名・生年月日・現住所が確認できる書類の原本をご持参ください。

※本状は、交付申請日の1ヶ月以内に、患者さん本人が署名した原本のみ有効です。