

## 委任状

年 月 日

小金井あおばクリニック病院長 殿

### 【委任者】

住所

氏名（自署）

生年月日 年 月 日

電話番号

### 記

私は、下記の者を代理人と定め、診療に関わる診断書等の文書の請求、受領及び面談を下記に委任致します。併せて係る診療情報を委任者へ開示することに同意致します。

### 【受任者（代理人）】

住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

受任者の方は保険証・免許証等、記載事項を確認できる身分証をお持ち下さい。

※本書の有効期間は発行日より3ヶ月以内です。

※本状は原本のみ有効です。

以上