

# 委任状

年 月 日

東京慈恵会医科大学附属病院長 殿

## 【 委任者 】

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(受療者との関係：本人、法定代理人、その他 ( \_\_\_\_\_ ))

受療者名： \_\_\_\_\_ (生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) の貴院での診療に係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受任者へ開示することに同意致します。

## 記

### 1. 請求、受領を委任する文書、資料及び面談の内容

文書、資料、面談の内容	委任者印
①	
②	
③	
④	
⑤	

### 2. 対象診療科

科	科	科	科
---	---	---	---

### 3. 受任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 (所属) \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(注) 本書の有効期間は発行日より3か月以内とする。

以 上

※ 記載方法については、裏面をご参照ください。