

# 委任状

2021年12月6日改訂  
沖縄協同病院

## 【代理人】

氏名 \_\_\_\_\_ (患者本人との関係)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、上に掲げる者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

## 記

【私(患者本人)に関する診療記録等の謄写・閲覧に関する全ての権限】

## 【委任者(患者名:自筆)】

委任依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所 \_\_\_\_\_

## 【注意事項】

※代理人の方は、本委任状の原本と併せて、ご自身の身分証明書を必ずご持参ください。

※委任者と代理人の関係を証明するもの(戸籍謄本等)の提出をお願いいたします。

※本委任状の有効期限は委任依頼日から3ヶ月間とし、3ヶ月を経過したものは無効といたします。

・消せるペンでの記入はお控えください。

## 【病院記入欄】

受付者確認日	受付者名

●代理人の本人確認・資格確認書類と一緒に受付時にスキャナしてください。