

委任状

年 月 日

公益財団法人 横原記念財団
附属横原記念病院 病院長 殿

【委任者(患者)】

住所 _____

氏名(自署) _____ 印 _____

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

電話 _____

私(患者)は、貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領を下記の者に委任します。
併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意いたします。

【対象診療科】

循環器内科 心臓血管外科 血管外科 小児循環器科 産婦人科 臨床遺伝科
その他(_____ 科)

【受任者】

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

本人との関係 _____

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

電話 _____

※ 代理人の方は本人確認書類(マイナンバーカード等顔写真付きのもの)をご提示ください。

(保険会社等の方は名刺をご用意ください)

※ 本書の有効期限は発行より3ヶ月以内とし、原本のみ有効です。

下記は病院記入のため記入しないでください

本人確認 マイナンバーカード 運転免許証 パスポート その他(_____)
番号(_____)