

委任状

年 月 日

公益財団法人 榊原記念財団
附属榊原記念病院 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(_____)