

委任状

年 月 日

公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会
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 明・大・昭・平 _____ 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 循環器小児科 産婦人科 その他 (_____ 科)

【受任者】

住所 _____

氏名 _____

本人との関係 _____

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日

電話 _____ (_____)

※代理人の方は保険証・免許証等の身分証をご提示ください。

(保険会社等の方は名刺をご用意ください)

※本書の有効期間は発行より3ヶ月以内とし、原本のみ有効です。

下記は病院記入欄のため記入しないでください。

身分証確認 運転免許証 パスポート その他 (_____)

番号 (_____)