

委任状

医療法人社団 紡 殿

私は次の者を代理人と定め、診察・治療（検査・処方等）の権限を委任いたします。

代理人※自署

氏名：_____ 生年月日：_____ 年 月 日

住所：_____

連絡先：_____ 委任者（保護者）との関係：_____

※代理人の方は、免許証・マイナンバーカード等公的身分証明書をお持ち下さい。

委任者（保護者）※自署 _____ 年 月 日

住所：_____

氏名：_____ 印 生年月日：_____ 年 月 日

連絡先：_____

受診されるお子様のお名前・生年月日：_____ 年 月 日生

受診されるお子様との続柄：父 • 母 _____

【クリニック確認欄】確認者：()

委任者（保護者）へ電話をし、患児の受診希望が間違いないことを確認した

同伴者氏名をお伝えし、代理での受診依頼をしたことを確認した