

委任状

平成 年 月 日

医療法人社団 昌仁醫修会 瀬川記念小児神経学クリニック 理事長 殿

【受任者】

住所 〒 _____
氏名（自署） _____ (印)
生年月日 昭和 年 月 日
電話番号 _____
受診者との関係 _____

受診者名： _____ (生年月日 年 月 日) の貴院での診療に係る
下記の権限を上記の者に委任致します。

記

1. 診察への同行・同席
 2. 診療に係る診断書等の文書の請求・受領
 3. 処方薬の受領
 4. 医療に関する判断（生命予後や長期的な方針は除く）
 5. その他 ()
- 以上

【委任者】

住所 〒 _____
氏名（自署） _____ (印)
生年月日 昭和 年 月 日
電話番号 _____
受診者との関係 1.本人 2.法定代理人 3.その他 ()

※本委任状の有効期限は作成日より 90 日以内とし、1 回の申請をもってその効力を失う。