委　任　状

令和　　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）　　㊞

生年月日　昭　平　令　　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）　　㊞

生年月日　昭　平　　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。

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