

委任状

令和 年 月 日

大分県立病院長 殿

●委任者(患者ご本人) 住 所 _____

氏名(自署) _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日

電話番号 _____

◇委任する方ご本人が書けない場合は、受任者(代理人)以外の方が委任者欄を代筆し、以下の欄も記入してください。

代筆者	住所	
	氏名	(委任者との関係:)
	代筆理由	

私は、次の者を代理人と定め、診断書（証明書）等の交付申請、受領に関する権限を委任します。

●受任者(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日

電話番号 _____

※患者ご本人（委任者）が15歳未満の場合、委任状は不要です。

※代理人の方は、身分証明書（保険証・運転免許証等）をお持ちください。

※本状の有効期間は作成日より3か月以内とします。

※本状は原本のみ有効です。

※ご遺族の方が申請される場合は、親族関係が確認できる書類（戸籍謄本等）をお持ちください。