

委任状

社会医療法人財団 仁医会

牧田リハビリテーション病院 病院長 殿

西暦 年 月 日

【委任者（患者）】※自署

患者No. _____

氏 名： _____ (印)

生年月日： 西暦 年 月 日

住 所： _____

電話番号： _____

※委任者本人が書けない場合は、代筆の上、下記もご記入ください。

代 筆 者： _____ 続柄 ()

住 所： _____

理 由： _____

委任事項（該当項目に○）

1. 診断書・証明書等の発行に関する申請および受け取り
2. 個人情報の開示（診療録、画像、検査結果等）
3. 個人情報の訂正・追加・削除
4. その他 ()

私（患者）は次の者を代理人と定め、上記の権限を委任します。

【代理人】

氏 名： _____ 続柄 ()

生年月日： 西暦 年 月 日

住 所： _____

電話番号： _____

※代理人の方は申請または受け取りの際に、患者さんご本人の診察券および代理人の本人確認書類（運転免許証・パスポート・マイナンバーカード等）をご提示ください。

本人確認書類については別紙をご確認ください。

※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。

受領 年 月 日



受付者	担当者	スキャン