

ID	(病院記入欄)
<代理人者本人確認書類>	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	

- ・申込みが代理の方の場合、記載事項を確認できる身分証（マイナンバーカード・免許証等）をご持参ください。
- ・患者様・代理人様共にご本人様自身でご署名ください。

委任状

大垣徳洲会病院 病院長 殿

委任者	記入日	年 月 日記入
	住所	
	氏名	① (※自筆で署名の際は印不要)
(頼んだ人)	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
	電話番号	

私は下記の者を代理人と定め、診療情報の開示に関する権限、診断書・証明書等の申請及び受取を委任します。

代理人	住所	
	氏名	(※自筆で署名の際は印不要)
(頼まれた人)	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
	委任者との関係	連絡先

- ・委任者本人が委任状を記載できない場合は、以下にも記入して下さい。

大垣徳洲会病院 病院長 殿

この委任状は、委任者が委任状を記載することができないため、私が代筆しました。

- 後日、患者本人や他に親族等から異議が述べられた場合は、私の責任において対応し、貴院にご迷惑をおかけしません。

委任状を記載できない事由

- 身体的理由
- 判断能力に疑義がある場合

代理人	住所	
	氏名	(※自筆で署名してください)

医療法人 徳洲会 大垣徳洲会病院

Tell : 0584-77-6110

Fax : 0584-77-6116