

委任状（診断書・証明書等）

年 月 日

社会医療法人 愛仁会 井上病院 宛

【委任者】

患者氏名(自署)： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所： _____

連絡先電話番号： _____

※委任者が病状等で記入できない場合は代筆の上、以下もご記入ください

代筆者： _____ (続柄： _____)

連絡先電話番号： _____

私(患者)は診断書・証明書等の申請、受領に関する権限を以下に委任します。

【受任者】

代理人氏名(自署)： _____

委任者(患者)とのご関係： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所： _____

連絡先電話番号： _____

以上

*受任者(代理人)の方は身分証(免許証・マイナンバーカード等)のご提示をお願いいたします。
亡くなられた患者さんの診断書・証明書を申し込まれる際は、戸籍謄本(原本)をご持参ください。