委 任 状

令和　　年　　月　　日

医療法人社団 DMH

キュアステーション イオン葛西クリニック

院長 殿

【委任者(患者または受診者)】

住所

氏名(自署)　　印

生年月日

電話番号

私は、下記の者を受任者(代理人)と定め、

下記書類の交付、又は受領に関する一切の権限を委任致します。

併せて係る診療情報を受任者(代理人)へ開示することに同意致します。

【受任者(代理人)】

住所

氏名(自署)　　印

生年月日

電話番号

委任者との関係

※代理人の方は、運転免許証・マイナンバーカード等の身分証明書を持参してください。委任状、身分証明書を持参されない場合は、書類のお渡し、面談はできませんので ご了承ください。

委任事項（該当する番号に〇印をつけてください）

1. 診断書・証明書・紹介状等の受領
2. 外来診療情報・健診結果情報等の受領
3. 画像データ・検査結果の受領
4. 医師からの結果説明・面談
5. その他（　　）

【上記の委任事項に関して受領当日に必要なもの】

① 委任者の免許証等、身分を証明できるもののコピー

② 受任者(代理人)の身分証明書

③ 必要事項を記載して頂いた委任状

※本書は原本のみ有効となります

※委任状の原本は返却いたしません

※委任状は手続き申し込みの都度必要となります