

委任状

私は、

（代理人氏名）

（生年月日）

年

月

日

（患者本人との関係）

（住所）

（電話番号）

を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

書類作成依頼および受取に係る手続き全般

年

月

日

委任者（患者本人）※全て自署

氏名

印

生年月日

年

月

日

住所

電話番号

（委任者ご本人が記入できない場合は上記代筆の上、以下も記入してください）

代筆者

続柄

住所

※代理人の方は申請または受け取りの際に、代理人の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等）ご提示ください。当院にてコピー取らせていただきます。

※本委任状の有効期限は作成日より30日以内とし、効力は1回の申請をもって失うものとします。