

# 委任状

横浜新都市脳神経外科病院 病院長 殿

年 月 日

【患者】氏名（自署）\_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

〒

住所\_\_\_\_\_

連絡先電話番号（ ） \_\_\_\_\_

私（患者）は、私に関する診断書等の文書、各種証明書、検査資料、画像診断フィルム等の記録の交付申請並びに受取に関する事項について、次の者に権限を委任します。

【代理人】氏名\_\_\_\_\_

患者との関係\_\_\_\_\_

〒

住所\_\_\_\_\_

連絡先電話番号（ ） \_\_\_\_\_

代理人確認方法：免許証・保険証・社員証・その他（ ）

## ※注意事項

- 委任状を用いて手続きされる場合、実際に手続きされる方の身分証明書（運転免許証・パスポート・健康保険証・社員証など）を確認させていただきます。原則として郵送でのお取り扱いできません。
- 本状は記載日から3ヶ月以内のものをお持ち下さい。
- 本状は原本のみ6ヶ月間有効です。
- 記載漏れがある場合には、受付できない場合もありますのでご注意ください。