

委任状

令和 年 月 日

たかやなぎこども医院 御中

【代理人様】 氏名(自署) _____ ④
住所 〒 _____ :
生年月日 S . H 年 月 日
電話番号 _____ .
受診者様とのご関係 _____ .

受診者名 _____ .
生年月日 S . H . R 年 月 日
住所 〒 _____ :
診察券番号 _____ .

下記の診療に関わる権限を上記の代理人に委任します

◆ 処方薬の受領

以上

【委任者様】 氏名(保護者様) _____ .
電話番号 _____ .
受診者様との続柄 _____ .

- ◆代理人様は18歳以上(高校生不可)である必要があります。
- ◆委任状に記載された住所・氏名の確認できる有効な証明書(運転免許証・保険証など)ご持参ください。
- ◆この委任状の有効期限は作成日より14日以内です。1回の申請をもってその効力は失われます。