

委任状

(西暦) 年 月 日

医療法人社団 済安堂
理事長 井上賢治 殿

患者署名欄	住 所	
	氏 名	
	生年月日	西暦 年 月 日
	電話番号	()

私は、貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領及び面談について、下記のとおり委任いたします。

併せて、係る診療情報を代理人へ開示することに同意します。

記

1. 請求、受領を委任する文書、資料及び面談の内容

文書、資料、面談の内容
①
②
③
④
⑤

2. 対象施設 (○で囲む)

井上眼科病院	お茶の水・井上眼科クリニック
西葛西・井上眼科病院	大宮・井上眼科クリニック
札幌・井上眼科クリニック	

3. 代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 患者との関係 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 () _____

(注) 本書の有効期間は発行日より3ヶ月以内とする。

以 上