

委任状

平成 年 月 日

医療法人社団 済安堂
理事長 井上 賢治 殿

【 本人 】

住 所

氏名 (自署)

印

生 年 月 日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電 話 番 号 ()

貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領及び面談を下記に委託致します。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、受領を委託する文書、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		

3. 代理人

住 所

氏 名 本人との関係

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 ()

(注) 本書の有効期間は発効日より3ヶ月以内とする。

以上