

委任状

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
総合病院 聖隷浜松病院 宛

私は以下の者を代理人と定め _____ に関する下記の権限を委任します。
(患者氏名)

患者本人（委任する人）

氏名（自署）： _____ ⑩

患者との関係： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： _____

電話番号： _____ - _____ - _____

代理人（委任される人）

氏 名： _____

委任者との関係： _____

(保険会社、施設等の方は会社名、施設名もご記入ください)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： _____

電話番号： _____ - _____ - _____

記

聖隷浜松病院において、以下の日に依頼する文書に関する一切の権限

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

以上

※委任された方がお越しく下さい。

書類依頼時または受取時、受付にて委任された方の本人確認を行っております。

本人であることが確認できるもの（運転免許証・健康保険証）の提示をお願い致します。