

亀田総合病院 院長 殿

亀田クリニック 院長 殿

外来診療代理受診 委任状

私の疾患についての診療情報を貴院に提供し、これをもとに貴院に今後の治療方針について、意見・判断を求めることを下記の相談者に委任します。

ご記入日 年 月 日

【患者さん】（委任者）

住所： _____

氏名：（自署） _____ ⑩

生年月日：大正・昭和・平成・令和 _____ 年 月 日

【相談者①】（受任者）

住所： _____

氏名： _____ ⑩ （続柄）

生年月日：大正・昭和・平成 _____ 年 月 日

【相談者②】（受任者）

住所： _____

氏名： _____ ⑩ （続柄）

生年月日：大正・昭和・平成 _____ 年 月 日

※ ご相談当日に相談者の方の身分・続柄を証明するものを、確認させていただきますのでご持参ください。

***** 職員記載欄 *****

*委任者と受任者の続柄確認書類

☐住民票 ☐戸籍謄本 ☐その他（ _____ ）

*受任者の本人確認（写真付き）方法

☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐その他（ _____ ）