

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 委任狀

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・判断を求めることが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） 印

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 : _____ 印 (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 : _____ 印 (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 ()