

# 委任状

亀田京橋クリニック院長 殿

年 月 日

(委任者)

ふりがな

患者氏名

---

住所

電話

---

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(当てはまるものに✓をいれてください)

外来診療代理受診

セカンドオピニオン代理受診

その他 ( )

(受任者①)

ふりがな

代理人氏名

本人との続柄

---

住所

電話

---

(受任者②)

ふりがな

代理人氏名

本人との続柄

---

住所

電話

---

(受任者③)

ふりがな

代理人氏名

本人との続柄

---

住所

電話

---

※4名以上となる場合には裏面にご記載をお願いいたします。

以上