

# 委任状

令和 年 月 日

医療法人外海弘仁会 日浦病院長 殿

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、(代理人氏名) \_\_\_\_\_ を

私の代理人として定め、文書の申し込み・受け取りのすべてを委任いたします。

## 委任者(患者本人)

氏名							
住所							
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日
連絡先	-			-			

※委任者が記入できない理由

--	--	--	--	--	--	--	--

## 代理人(文書を申し込む、受け取る方)

氏名							
住所							
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日
連絡先	-			-			

(確認 : 運転免許証 ・ パスポート ・ マイナンバーカード ・ その他公的な書類)

## ◎注意事項◎

※委任状の有効期間は3ヶ月間です

※法定代理人(未成年者の父母、成年後見人等)の方は委任状の提出は不要です。

※代理人の方は、本委任状の原本、身分証明書(保険証・運転免許証等)をご提出ください。

委任状の原本及び身分証明書をご提出いただけない場合には、受付ができません。

※代理人の方は、18歳以上の方をお願いします。