

委任状

地方独立行政法人知多半島総合医療機構
知多半島総合医療センター 院長 様

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を下記の
代理人に委任いたします。

年 月 日

フ リ ガ ナ
患者氏名 _____ 印

住 所 _____

委任を受けた代理人

フ リ ガ ナ
代理人指名 _____ (本人から見た続柄)

フ リ ガ ナ
代理人指名 _____ (本人から見た続柄)

フ リ ガ ナ
代理人指名 _____ (本人から見た続柄)

【留意事項】

- ・この書面はすべて、患者さん本人がご記入ください。
- ・本人が来院される場合は、本書面は不要です。
- ・代理人は身分証明書(マイナンバー、運転免許証、パスポートなど)をご持参ください。
- ・患者さんが未成年場合は、来院される代理人と続柄を確認できるものをご持参ください。