

委任状（診断書等用）

西暦 年 月 日

彩都リハビリテーション病院 宛

【委任者（患者さま）】

氏名(自署※)： _____ ⑩

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所： _____

電話番号： _____

※ 委任者本人が書けない場合は代筆の上、以下もご記入ください。

代筆者： _____ (委任者との続柄： _____)

代筆者住所： _____

私は、診断書等の交付申請並びに受領に関する一切の権限を下記に委任します。

記

【受任者(代理で手続きをされる方)】

氏名(自署)： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所： _____

電話番号： _____

以上

- 代理で手続きをされる方は、申込時に必ずご自身の身分証明書(健康保険証・運転免許証・パスポート等)をご持参ください。
- 本状は記載日より3か月以内の原本をお持ちください。
- 患者さまや『入院申込書兼誓約書』においての代理人へ確認を取る場合がありますので、予めご了承ください。
- 委任状の作成ができない場合(死亡・判断不能の状態など)には「戸籍謄(抄)本」や「住民票」などの公的な書類によって申込みください。