

委任状

令和 年 月 日

大分県立病院長 御中

○委任者(患者さん)

氏名(自署) _____

住 所 _____

生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 _____

私(患者さん)は、**次の者を代理人と定め**、診断書・証明書等の交付申請、受領に関する権限を委任します。

□代理人(窓口に来られる方)

氏 名 _____

住 所 _____

委任者との関係 _____

電 話 番 号 _____

◇委任者(患者さん)が字を書けないため代筆した場合は、以下もご記入ください。

代 筆 者 _____

代 筆 者 住 所 _____

委任者との関係 _____

代 筆 理 由 _____

※18歳未満の場合、委任状は不要です。

※全て患者さんご本人が記入してください。(代筆の場合は代筆者の方)

※代理人の方は、身分証明書(運転免許証・保険証・パスポート等)をご持参ください。

※代理人の方が代筆した場合は、代筆者と代筆理由のみご記入ください。

※本状の有効期間は作成日より3か月以内とします。

※本状は原本のみ有効です。

※ご遺族の方が申請される場合は、親族関係が確認できる書類(戸籍謄本等)をご持参ください。