

## 委任状

医療法人社団ユスタヴィア

クリニックみらい国立院長:野川 深雪 殿

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

(申請者氏名) \_\_\_\_\_ に

代理人として所定の権限を委任します。

申請者住所 \_\_\_\_\_

\* ( )内、該当項目に「レ」チェック、該当外に「×印」をしてください。

患者様との関係 配偶者( )・親権者( )・法定相続人( )・その他( )

( ) 私が診療、検査を受けた医師または医療機関から診断名(傷病名)・  
診療内容・検査結果・既往歴・病歴・治癒見込みなどについて説明を受けること。

( ) 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断名(傷病名)・  
診療内容・検査結果・診断書・明細書等資料の交付・貸し出し・複写などを行うこと。

委任者(患者記入欄)

西暦 年 月 日(作成日)

氏名(自筆署名) \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

※本委任状の有効期限は作成日より90日以内とし1回の申請をもってその効力を失う。

※個人情報法に伴い、来院の際には必ず身分証明書を持参して下さい。