

# 委任状

年 月 日

代理人

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： T・S・H・ \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号： \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 診察・結果説明
2. 処方箋の授受
3. 書類の申込・授受 に関する一切の行為

患者様ご本人 (※自書)

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： T・S・H・ \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号： \_\_\_\_\_

## 『代理受診の手順』

- ① 患者様の病状を熟知する代理人（直接看護している家族など）が来院
- ② ご持参いただくもの 患者様の保険証、診察券、委任状  
代理人の身分証明（運転免許証・保険証・パスポート等）

## 【クリニック確認欄】

確認日	確認者	代理人 身分証明書 種類
R 年 月 日		免許証・保健証・マイナンバーカード・( )

あづま脳神経外科リハビリクリニック  
〒543-0072 大阪市天王寺区生玉前町2-6  
TEL:06-4303-5720