

委任状

委任者住所：

委任者氏名： 印 委任者生年月日：

委任者連絡先：(携帯) (自宅)

委任する具体的診療内容

()

【注意事項】

- ① 定期通院の場合は、三ヶ月に一度は必ずご本人の診察が必要です。
- ② 委任者は、代理人による代理受診の旨を当クリニックに事前に連絡をして下さい。
- ③ 事前連絡は、必ず委任者が行なって下さい。代理人による事前連絡は、認められません。
- ④ 代理受診には「委任者の保険証と診察券・委任状・代理人の身分証明書」が必要です。
一つでも不足があった場合には受付出来ませんので、ご了承下さい。
健康保険に未加入の場合は、パスポートなど身分を証明できる原本をご持参下さい。
- ⑤ 本委任状の有効期限は、発行より三ヶ月以内とします。

私は、①～⑤の注意事項を理解し、以下の者を代理人と定め、診療に関する一切の権限を委任致します。

代理人住所：

代理人氏名： 印 代理人生年月日：

代理人連絡先：(携帯) (自宅)
