委　任　状

本書面は、委任する本人（患者）が第三者に文書や開示等を請求する権利を託す場合に発生するものです。よって、必ず委任する本人が直筆にて署名する事とします。なお、身体的理由により文字が書けない場合のみ代筆が認められます。

社会医療法人禎心会　札幌禎心会病院
　院長　　徳田　禎久　殿

代理人 氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本人からみて、

☐ 夫・妻　☐ 親　☐ 子　☐ 兄弟・姉妹　☐ 祖父母・孫
☐ 弁護士　☐ 行政書士　☐ その他（　　）

の関係にある上記の者を代理人と定め、

☐診断書等の文書　☐診療録の開示　の受領に関する権限を委任します。

20　　年　　月　　日

委任者（本人）

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※委任者本人自署

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜代筆した場合の申出＞

※身体上の理由以外での代筆は認められません。
※委任状を本人に代わり代筆された場合はこちらもご記入ください

委任者は、（代筆の理由）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で文字を書けない為に、

委任者本人の意思を確認し、（代理人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が代筆しました。

※代理人の方の身分を証明するもの（運転免許証・マイナンバーカード等）をお持ちください。
※本人の意思を確認できない場合は、委任状による権利の委任はできません。
※身体的理由により文字が書けない場合のみ、代筆が認められます。（代筆欄記入必須）
※鉛筆等、文字が消せるものは使用しないでください。
※本書面の有効期間は3か月です。

SAPPORO TEISHINKAI HOSPITAL