

委任状 (代理受診)

神戸アドベンチスト病院 様

発行日 _____年____月____日

委任者は、受任者を代理人と認め、下記項目の権限を委任いたします。

委任者	氏名 (患者様)	
	住所	
	電話	
受任者	氏名 (代理人様)	続柄()
	住所	
	電話	
委任項目		
期限	委任状の有効期限は発効日より1週間とし、その利用は1回限りとします。	

※委任状は、原則的に委任者(患者様)ご自身をご記入ください。

※代理人の方は、受診の際、委任状と身分を証明できるものをご持参ください。(運転免許証、保険証、 パスポートなど)