

委任状

令和 年 月 日

医療法人社団 紡世会 かわぐちレディースクリニック 御中

【代理人】

〒
住所
氏名(自署) 印
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電話番号
受診者との関係

受診者名: (生年月日 年 月 日) の
貴院での診療に関わる下記の権限を上記の者に委任致します。

記

●処方薬の受領

以上

【委任者】

〒
住所
氏名(自署) 印
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電話番号
カルテ ID ※カルテIDは診察券に記載がございます。

※代理人は委任状に記載された住所・氏名の確認できる有効な証明書をご持参ください。
※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。