

委任状

年 月 日

信楽園病院 病院長 殿

患者名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日の貴院での診療に関する

個人情報の受け渡しの一切を下記委任者に委任致します。

【 委 任 者 】

住所 _____

氏名（自署） _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

（受任者との関係：法定代理人、その他（ _____ ））

【 受 任 者 】

住所 _____

氏名（自署） _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

（※）本書の有効期間は発行日より3ヶ月以内とする。

個人情報保護法に伴い、お受取りの際には必ず身分証明書をお持ちください。