委任状

年　月　日

医療法人社団　紺整会
船橋整形外科病院
船橋整形外科クリニック
船橋整形外科西船クリニック
船橋整形外科市川クリニック　　院長殿

委任者（患者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は下記の者に下記書類の交付申請・受け取りを委任します。

記

書類名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（記載例：医療保険受給のための診断書、労災保険申請に係わる書類）

利用目的＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（記載例：保険会社に提出するため、労働基準監督署に提出するため）
※診療記録（カルテ）の開示請求の場合、利用目的の記載は不要です。

受任者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
委任者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

※必ず受任者の身分証明書を持参してください。（運転免許証、健康保険証など）

医療法人社団　紺整会