

委任状

委任者(患者)氏名	印
委任者(患者)住所 〒 -	
委任者(患者)生年月日 明・大・昭・平・西暦 年 月 日	
委任者(患者)連絡先 ()	
委任者(患者)が記入できない場合の理由	

私は下記の者を代理人と定め、貴院での診療に係る下記の権限を委任いたします。

記

【委任事項】

1. 予約、予約の変更および予約のキャンセル等、予約に関する一切の件
2. 治療内容の追加および中止の依頼ならびに治療スケジュールの変更に関する一切の件
3. NK.T細胞療法の凍結、解除および破棄の依頼を行う一切の件
4. 貴院での診断書、診療情報提供書および血液検査等の結果の請求申請および受領に関する一切の件
5. 代理診察（再診の場合）に関する一切の件

以上

代理人氏名	印
代理人住所 〒 -	
代理人生年月日 明・大・昭・平・西暦 年 月 日	
代理人連絡先 ()	
委任者(患者)との関係	

個人情報に関する法令に伴い、委任状を提出する際には必ず身分証明書をご持参ください。委任状および身分証明書を持参されない場合には、委任事項をお受けすることができませんので、ご了承ください。