代理受診等に係る委任状

医療法人社団英会 小野医院殿

私は、次の者を代理人と定め、診療・治療(検査、処方等)の権限を委任します。

○代理人(自署)

氏名: _____ 生年月日: _____

住所: _____

連絡先: _____ 委任者(保護者)との関係: _____

○委任者(保護者)(自署)

氏名: _____ 印　生年月日: _____

住所: _____

連絡先: _____

受診されるお子様の氏名: _____ 生年月日: _____

お子様のアレルギー: _____

お子様の既往歴: _____

受診されるお子様との関係: 父・母

年　　月　　日

#この委任状のほかに代理人の方の身分証明書をご持参ください。

#この委任状は当日限り有効です。