

社会医療法人 大雄会
大雄会ルーセントクリニック
院長殿

委任状

(代理人)

氏名： _____

生年月日 _____

住所： _____

(ご本人様確認の為、身分証明書持参ください。)

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ① 私の受診した健康診断・人間ドックの判定結果に関する説明を受ける。
- ② 私の病状・治療方法に関する説明あるいは情報提供を受ける。
- ③ 私の受診した健康診断・人間ドックの検査データを受け取る。

平成 年 月 日

(委任者)

住所 _____

連絡先電話番号 _____

氏名(自署) _____

印 _____