

委任状

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

委任者（患者さん）

診察券番号 —————

氏名 印

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住所

電話連絡 ()

貴院での診療に係る診断書等の文書の（ 請求 、受領 ）を下記に依頼します。

併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意いたします。

記

受任者（代理で手続きをされる方）

氏名 印

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住所

電話連絡 ()

続柄（患者さんとの関係）

所属（保険会社・施設等のみ）

本書の有効期限は発行日より3か月以内とする

以上