

(様式 2 号)

委 任 状 (同意書)

医療法人社団武蔵野会
TMG あさか医療センター 病院長 殿

私は、

(代理人氏名) (患者様本人との関係)

(代理人住所)

(代理人電話番号)

を代理人として、下記の事項を委任いたします。

記

私に関する診療情報の提供を行うことに同意致します。

令和 年 月 日

患者様(委任者)氏名 (自署) _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 _____

住 所 _____

電話番号 _____

以上