

患者番号： _____

委任状

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

神戸市立医療センター中央市民病院 宛

患者住所： _____

患者氏名： _____ ㊦

生年月日：大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私(患者本人)は次の者を代理人と定め、書類の

申し込み 受け取り を委任します。

代理人住所 : _____

代理人電話番号 : _____

代理人氏名 : _____

患者との続柄 : _____

※患者さんと代理人の方の身分証明書（保険証・免許証等）をご持参ください

※本状は原本のみ有効です

※本委任状が代理人により作成された場合、下記に理由を記載ください

面会禁止であり、代理人へ委任状を渡すことができないため

患者本人が委任状を作成できる病状ではないため

その他 (_____)