委　任　状

令和　　年　　月　　日

札幌徳洲会病院
　院長　奥山　淳　殿

私は下記の者を代理人と定め、関わる情報の提供、受領に関する権限を委任すること、ならびに交付に関して自己の費用負担（1割：250円　2割：500円　3割：750円）が発生する事を了承した上で、受領に関する権限を委任します。

代理人	住　所	
	氏　名	

※該当する所に印を付けてください。また、その他の場合は関係など記入してください。

私は、本人からみて、
□配偶者　　□親　　□子　　□兄弟・姉
□その他（　　）

患者氏名(自署)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当委任状に記載された個人情報は、情報提供、受領のみに利用いたします。