

委任状

年 月 日

医療法人社団 同友会 春日クリニック 宛

私

フリガナ 氏名		印
住所		
電話番号		
生年月日	M / T / S / H 年	月 日

は

代理人

フリガナ 氏名		印
住所		
委任者との 関係		
生年月日	M / T / S / H 年	月 日

に

以下の内容を委任します。

年 月 日受診の

委任内容	下記の項目から委任するもの全てに○を付けてください。	
	1. 結果説明	を代理で受けること
	2. 一次成績表(簡易結果表)	} を代理で受け取ること
	3. 正式結果票	
	4. 紹介状	
	5. 診断書	
	6. 保管貸出資料(画像写真・CD-R・報告書)	
	7. 忘れ物(詳細に記入願います)	
()		
8. その他(詳細に記入願います)		
()		

※健康保険証・運転免許証・パスポート等の身分証明証をご持参ください

【クリニック使用欄】

受診日: 年 月 日 受診番号:

確認書類(写し又は番号を控える): 保険証 運転免許証 パスポート その他()

控番号:()

受領日: 年 月 日 担当者: 印