

# 委任状

(主治医用)

年 月 日

代理人 住 所

氏 名



私は、貴殿が社会福祉法人 恩賜財団・福井県済生会病院  
に対して、傷病に関する診断書・入院証明書・その他の  
証明書を手交することについて同意および委任します。

以上

|        |   |
|--------|---|
| 住 所    |   |
| 患者氏名   |  |
| 生年月日   | 年 月 日   |
| 患者 I D |   |
| ※親権者   |  |

※本人が未成年者の場合にのみ使用する。