

委任状

医療法人社団 紡
つむぎこどもクリニック 殿

私は次の者を代理人と定め、診察・治療（検査・処方等）の権限を委任いたします。

代理人（自署）

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

住所： _____

連絡先： _____ 委任者（保護者）との関係： _____

※代理人の方は、免許証・マイナンバーカード等公的身分証明書をお持ち下さい。

委任者（保護者）（自署） _____ 年 月 日

住所： _____

氏名： _____ 印 生年月日： _____ 年 月 日

連絡先： _____

受診されるお子様のお名前・生年月日： _____ 年 月 日生

受診されるお子様との続柄： _____ 父 ・ 母

【クリニック確認欄】 確認者： (_____)

- 委任者（保護者）へ電話をし、患児の受診希望が間違いないことを確認した
 同伴者氏名をお伝えし、代理での受診依頼をしたことを確認した