

# 委任状

令和 年 月 日

名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院 病院長

## 【委任する人】

住所	
氏名	
患者 ID(診察券番号)	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
電話番号	( )

わたしは、下記の者を代理人として定め、文書の作成及び受取について委任します。

## 【代理人】

住所	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
電話番号	( )
患者との関係(続柄等)	

※委任する人が全て記入してください。委任する人が自著できない場合は、下記に代筆したことを記載してください。

代筆者住所	
代筆者氏名	
患者との関係(続柄等)	