

委 任 状

年 月 日

大阪大学歯学部附属病院長 殿

私（患者）は、次の者を代理人として定め、診断書・証明書等の発行に関する申込み又は受け取りについての権限を委任します。

代理人

氏名： _____ 患者との関係： _____

住所（所属先）： _____

電話番号（所属先）： _____

委任者（患者）

氏名（自署）： _____ 印 診察券番号： _____

住所： _____

電話番号： _____

- ・ 本状は原本のみ有効です。また、委任状の原本は返却いたしません。
- ・ 当同意書にて代理人の方がお手続きされる際は、代理人の方の身分を証明する物（運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等）が必要です。※保険会社の方は社員証または名刺
- ・ 患者さんに確認をとる場合がありますので予めご了承下さい。