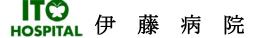
委 任 状

		作成日:	年	月	E
伊藤病院殿					
患者様氏名(自署)		(ID:)
患者様が 18 歳未満の方は保護者の	署名をご	記入ください			
保護者名		(続柄)_		
患者様生年月日 年	月	日			
患者様住所					
私は、次の者を代理人と定	め所定の)権限について勢	長任します	<u> </u>	
代理人氏名		(患者様との関	系)
代理人住所					
代理人電話番号					
委任内容(該当する項目の番号に○印表 1. 代理受診及び医師との面談 2. カルテ開示 〔希望する開示を 3. その他(, , _ ,	\ _o])	
【開示を希望する場合は、希望の開え	示にレ点	をつけてくださ	[[/]		
□採血結果					
□画像検査(紙):エコー/CT/一般	撮影/ア	イソトープ/呼吸	:機能/心電	[図/	
骨密度/内視鏡 □画像検査(CD-ROM): エコー/0	?T/一般;	最影/アイソトー	プ		
□細胞診所見	シェル 州又 』	MANNIN I Z I	/		
□診療録(カルテ) □手術記録	: 術前/徘	f後/病理			
□その他()			

* 注意事項が裏面に記載されていますので必ずお読みください



【注意事項】

- *委任状は患者様の直筆でお願いします。代理人が記載した場合は無効となります。
- *患者様の住所は、伊藤病院に申し出ている住所を記載してください。
- *本委任状の有効期限は作成日より 90 日以内とし、1 回の申請をもってその効力 を失います。
- *代理の方は必ず患者様の診察券をお持ちください。
- *代理人の方は、運転免許証、外国人登録証明書、パスポートなどの身分証明書をご提示ください。