

カルテ番号

--	--	--	--	--	--	--	--

## 委 任 状

公立大学法人横浜市立大学附属  
市民総合医療センター病院長様

受任者住所

受任者氏名

私（患者代理人）は、上記の者に対し下記の権限を委任します。

- 横浜市立大学附属市民総合医療センターにおいて下記の患者の診断書等諸  
証明書発行の申し込みを行うこと
- 上記(1)において申し込んだ診断書等諸証明書を受領すること

令和 年 月 日

患者代理人（委任者）住所

患者代理人（委任者）氏名 印

患者との関係 配偶者 親族（続柄： ） その他（ ）

患者本人が委任できない理由 疾病等による理由 その他（ ）

患者住所

患者氏名