

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。

- (1) 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
- (2) 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