

委任状

ベルクリニック 殿

私は次の者を代理人と定め、下記の行為の権限を委任いたします。

代理人

氏名：

住所：

※代理人の方は**保険証・免許証等**、代理人の方が確認できる公的身分証明証をお持ち下さい。

内容（該当する項目にまるをお付けください）

1. 検査キットの受け渡し
2. 問診票の受け渡し
3. 検査結果（成績表）の受け渡し
4. 医師からの結果説明
5. 内服薬の処方を受け渡し
6. 紹介状の受け渡し
7. 画像データ（レントゲンフィルム、CD）の受け渡し
8. その他（ ）

西暦 年 月 日

住所：

氏名： 印