

# 委任状

慶應義塾大学病院長 殿

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
患者との関係 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

1. 本診断書取得に関する一切の権限
2. 本診断書申請手続きに関する一切の権限

(西暦)            年   月   日 (作成日)

住所 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
患者氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印  
診察券番号 \_\_\_\_\_

※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う。

慶應義塾大学病院

医事統括室 文書受付・公費助成係

2019. 05. 09