

# 委任状

令和 年 月 日

地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター長 殿

## 【委任者】

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

▼私は、次の者を代理人と定め、下記に関する一切の権限を委任します。

\*該当する内容に☑を入れてください。

☐ 診療録（カルテ）の開示申請並びに受領

☐ 診断書・証明書等の交付申請並びに受領

## ▼委任理由

## 【受任者（代理人）】

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

※全ての項目は、必ず委任者本人が記入してください。

※代理人の方は、運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等の身分証明書をご持参ください。

※本状は記載日より3ヶ月以内のものをお持ちください。（原本のみ有効）

※委任者の運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等の身分証明書を添付してください。

※内容の確認のため、委任者本人に連絡する場合がございます。予めご了承ください。