

# 文書申込委任状

年 月 日

新百合ヶ丘総合病院 殿

『委任者（患者）』

氏名 \_\_\_\_\_ ④

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者本人が記載できない場合は代筆し代筆者を記載ください。

代筆者 \_\_\_\_\_ ④ （委任者からみた続柄： \_\_\_\_\_）

代筆者住所 \_\_\_\_\_  代理人と同じ

『代理人』

氏名 \_\_\_\_\_ ④

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

以上