

大阪メンタルクリニック院長 殿

委任状

代理人（受任者）

住 所 _____

生 年 月 日 _____

連 絡 先 _____

氏 名 _____

患者との関係 _____

私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。なお、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ものとします。

記

- 1) 私は代理人に対し、私に代わり受診手続き及び診療内容の確認と同意を行う権限を委任します。
- 2) 私は代理人に対し、私に代わり診療費の支払いと領収書の受領を行う権限を委任します。

(作成日：西暦) 年 月 日

住 所 _____

連 絡 先 _____

患 者 氏 名 (自署) _____ 印

診 察 券 番 号 _____