

委任状

令和 年 月 日

医療法人 真生会
ラジオロジークリニック扇町 御中

委任者 氏名 _____ 印

委任者 生年月日 昭・平 年 月 日

委任者 住所 _____

委任者 電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、下記内容の権限について委任します。

代理人 氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

代理人 電話番号 _____

委任内容（該当する項目の番号に○印を付けてください。）

- 1.検査画像データの受け渡し
- 2.紹介状の受け渡し
- 3.検査結果の受け渡し
- 4.その他（ _____ ）

※代理人の方は、健康保険証、運転免許証等の身分証明書をご提示ください。