

## 委 任 状

令和 年 月 日

埼玉県立小児医療センター病院長 様

代理人 役職・氏名 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、貴院の患者である \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)  
に関する下記の権限を委任します。

委任する内容

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の

- 術前説明
  - 手術
  - その他 ( \_\_\_\_\_ )
- の対応に関する一切の権限

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

施 設 名 \_\_\_\_\_

役職・氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

### 【注意事項】

- ※1 代理人は、副所長など次席の方としてください。
- ※2 委任する権限の中には、代理人の判断で同意する権限も含まれます。
- ※3 代理人は、速やかな判断を求められ、急遽同意を頂く場合があることなど、委任する内容の重要性については十分に受任者に説明をしてください。