

## 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 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
患者との関係 \_\_\_\_\_

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

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

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏名 (父) \_\_\_\_\_ 印  
氏名 (母) \_\_\_\_\_ 印

### 【注意事項】

- ※1 委任者は、必ずご自身でのご署名をお願いします。
- ※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 代理人は患者の親族に限ります。患者との親族関係を証明する資料も合わせてご提出ください。