

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 _____

施 設 名 _____

役職・氏名 _____

上記の者を代理人と定め、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。