

委任状

20 年 月 日

医療法人社団新未来

こどもみらい大島クリニック 院長殿

(診察を受ける児童乳幼児の同伴者)

代理人名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

<u>対象児氏名</u>	
<u>生年月日</u>	

私は、貴院での診療に係る下記事項について上記の者を代理人と定め

一切の権限を委任致します。

- ① 診療を受ける児童乳幼児の保護者に代わる付き添い
- ② 診療に伴う必要な処方、処置、検査等の実施に関する同意
- ③ 急変時等の緊急処置の同意

(診察を受ける児童乳幼児の保護者)

委任する人 _____

(署名は必ず自筆で、ご記入ください。)

住 所 _____

電話番号 _____

※本書の有効期限は発行日より3か月以内とする。

※代理人の方は必ず身分証明書をご持参ください。