

# 委任状

みつばメンタルクリニック殿

西暦 年 月 日

受任者(代理人)

住所

氏名

生年月日

電話番号

委任者との関係

私は、上記の者を受任者と定め、委任者が受ける「みつばメンタルクリニック」における治療に関しての意思決定、説明の聴取、文書の交付、受領、それらに付随する全ての事項や権限を委任します。

以上

委任者(患者名)

住所

氏名

印

生年月日

電話番号

※本委任状には、受任者の身分証明書(運転免許証、マイナンバー、パスポートなど)を添付して下さい。