

誓約書・委任状

医療法人 CRAS
けやき内科
院長 加藤 景介 殿

貴院で行われる診療内容等について、一切の権限を下記受託者に委任いたします。尚、本件に関して、患者本人または受託者にいかなる不利益があったとしても、全ては自らの責に負うものであることを承諾し、けやき内科には一切の異議申し立て、ご迷惑をおかけしない事を誓約致します。

令和 年 月 日

患者様氏名： _____
〒

住所： _____

電話番号（注2）：

受託者氏名： _____
〒

住所： _____

患者様本人との関係：患者様の（ _____ ）

(注1)必ず、患者様ご本人が全ての欄（受託者欄を含めて）を記入してください。

(注2)患者様の電話番号は、患者様ご本人に電話にて委任内容の確認を取らせて頂く場合がございますので、患者様ご本人と連絡が取れる電話番号をご記入ください。

(注3)相談日当日は、受託者本人であることが証明できるもの（運転免許証等）をお持ち下さい。