

理由書

町田市病院事業管理者 様

_____年 _____月 _____日

患者本人	氏名	
	生年月日	_____年 _____月 _____日生
	診察券番号	
	住所	
	電話番号	_____ — _____

※患者本人が委任状を記入できない理由と委任の意思確認方法。

病院記入欄

委任意思確認日 _____年 _____月 _____日 確認者名 _____

※患者の自筆でない委任状を提出する場合は、この理由書を添付して下さい。