

同意書

年 月 日

東京女子医科大学附属足立医療センター 御中

代理人(窓口申込者)

代理人氏名: _____ (印)

続柄(患者との関係): _____

住所: _____

電話番号: _____

私は、上記の者を代理人として診断書、証明書に係る一切の手続きを
委任することに同意します

委任者(患者本人)

氏名: _____ (印)

生年月日: _____

住所: _____

電話番号: _____

代筆者 委任者本人が記載できない場合は、以下もご記入ください

代筆者氏名: _____ 委任者との続柄(_____)

代筆者住所: _____

代筆理由: _____