

# 未成年者 受診等確認書（委任状）

年 月 日

社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス

座間総合病院 病院長 殿

私たち（親権者）は、下記の者を私たちの代理人と定め、受診にあたり、患者の付き添いを下記代理人に委任いたします。

## 【患者】

I D	
ふりがな	
氏名	

## 【代理人】

ふりがな	
氏名	
患者との関係	
住所	
電話番号（携帯・自宅）	

※代理人の身分証明書（運転免許証・パスポート・住民票等）を確認致します。必ずご持参ください。

## 【委任者（保護者・法定代理人等）（自署）】

ふりがな	
氏名	
住所	
電話番号（携帯・自宅）	

病院確認欄（確認日 年 月 日）	
代理人 身分証明書	運転免許証・マイナンバー・住民票・その他（ ）
病院職員 確認者名	

以上

座間総合病院