

診断書に係る 申請・受取 同意書

谷津保健病院長殿

私（患者様氏名）_____は、私の診断書等の発行に関する
申請・受取について（代理人様氏名）_____が私の代理人
として手続き等を行うことに同意します。

平成 年 月 日

患者様ご署名 _____ 印

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

住 _____ 所 _____

連絡先電話番号 _____

代理人様ご署名 _____ 印

患者様とのご関係 配偶者・親・子・その他（ _____ ）

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

住 _____ 所 _____

連絡先電話番号 _____

*代理人の方の身分証のご提示をお願いいたします。

*患者様・代理人様共にご本人様自身でご署名ください。

ご本人のご署名が困難な理由