　 　　　年　　　　月　　　　日

国立病院機構東京医療センター宛

**委任状**

|  |
| --- |
| 【委任者（患者）】  住所  氏名（患者名：自署）  氏名（代筆の場合：自署）　　　　　　　　　　　　　　　続柄  生年月日　 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　　　　　　　年　　　　　月　　 　　日 |

　私（患者）は、次のものを代理人と定め、訪問看護指示書の交付申請・受領に関する権限を委任します。

* 訪問看護利用について、　　　　　月　　　　　日の外来で 　　　　　 　 　 科

　　　　　　　　　医師に相談済みです。（初回は必須）

* 訪問看護指示書の交付に文書料が発生することについて了承済みです。　（必須）

|  |
| --- |
| 【委任者（代理人）】  事業所名  住所：〒  電話番号  担当者氏名 |