

# 委任状（診療）

私（保護者）は子どもの診療を受けるにあたり、事情により同伴することができないため、下記の代理人に診療に関する権限を委任いたします。

医師の間診後に同伴者の同意をもって保護者の同意といたします。

令和 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月

（同伴者）

代理人氏名： \_\_\_\_\_

代理人住所： \_\_\_\_\_

患者との続柄： \_\_\_\_\_

（委任する者）

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印

保護者住所： \_\_\_\_\_

緊急時連絡先： \_\_\_\_\_



武蔵小杉  
森のこどもクリニック  
小児科・皮膚科

院長 大熊 喜彰