

年 月 日

大阪市立総合医療センター病院長様

代理相談委任状

代理人住所： _____

代理人氏名： _____

患者との関係： _____

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

年 月 日に私の疾病について治療内容、今後の見通し
などについて意見を求める権限。

患者住所： _____

患者氏名： _____

(必要時) 代諾者住所： _____

(必要時) 代諾者氏名： _____ (自署)

※代理相談者が複数人の場合は、それぞれ委任状が必要です。

※代理相談者の身分を証明できるもの（保険証や運転免許証など）が必要となります。必ず、コピー添付か当日ご持参下さい。

※組織を通じて委任された代理相談者は、身分証明・誓約書も必要です。