

委任状

委任者

住 所 大阪市淀川区

受診者（児童氏名）

親権者（保護者氏名）

印

連絡先（電話番号）

委任日 令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、次に掲げる権限を受任者（代理人）へ委任します。

1. 上記児童にかかる医療機関への受診の付添い、病状の説明及び診断結果の聴取、並びに医師連絡票（診療情報提供書）の作成依頼と受取りについての権限
2. 上記児童にかかる主治医の指示する検査等（採血・点滴・検尿・レントゲン検査等）の実施依頼及び立会い、検査内容の説明及び検査結果の聴取並びに受取りについての権限

※「採血・点滴・検尿・レントゲン」の上記検査項目の一部を希望しない場合、また、その他希望されない検査項目等がある場合には記入者名・押印を添えて下記にご記入ください。

()

上記記入をした親権者（保護者氏名）名： 印

〈受任者〉（代理人）

大阪市淀川区訪問型病児保育(共済型)推進事業受託事業者

認定NPO法人ノーベル

大阪府中央区内本町 2-4-12 中央内本町ビルディング 701

代表電話：06-6940-4130