

## 委任状

<受任者>

住 所

氏 名

電話番号

委任者との関係

私は、\_\_\_\_\_（以下「未成年者」という）の親権者として、未成年者が受ける医療法人 不動心 宋こどものこころ醫院におけるすべての治療に関して治療の意思決定、説明の聴取、文書の受け渡し、それらに付随するすべての事項について上記受任者に委任します。

西暦 年 月 日

<委任者>

住 所

氏 名

⑩

電話番号

※本委任状には、受任者の写真付きの身分証明書（運転免許証、パスポート等）を添付して下さい。