

# 委任状

平成 年 月 日

大分県地域成人病検診センター 所長 殿

## 【委任者】

住所 \_\_\_\_\_  
氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)  
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私は、貴所での検査に係る診断書等の文書の請求・受領の権限を下記受任者に委任します。併せてかかる診療情報を受任者へ開示することに同意します。

## 記

### 1. 請求、受領を委任する文書・資料の内容 (必要な□にチェックを入れてください)

#### 文書

- 健康診断結果のお知らせ
- (市民健診) 健診結果のお知らせ
- 大分市肺がん結核検診結果表
- 精密検査ご依頼状
- 健康診断書
- 健康診断個人票
- その他 ( )

#### 資料

- MRI
- 胸部 CT
- 腹部 CT
- 胸部 X 線
- 胃部 X 線
- マンモグラフィー
- 胃内視鏡
- 眼底写真
- 心電図
- 腹部超音波
- 頸部超音波
- 乳房超音波
- 甲状腺超音波
- その他 ( )

### 2. 受任者

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

本書の有効期限は発行日より 3 か月以内とする。

(注) 受任者の方は、窓口で本人確認書類 (健康保険証や運転免許証) の掲示が必要です。