

# 委任状

西暦 年 月 日

東京大学保健・健康推進本部（保健センター）御中

## 【 委任者 】

住所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

携帯電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

私（委任者）の保健センターでの下記の要件を下記受任者に委任します。併せて、委任内容に係る費用請求、診療情報の開示を受任者におこなうことに同意します。

## 記

### 1. 委任内容

（希望する要件にチェックおよび該当する診療科と日付を記入してください）

- 診療科での診断書または証明書の請求【 科 内容： \_\_\_\_\_ 】
- 診療科での診断書または証明書の受領【 科 月 日請求分】
- 診療科での紹介状・画像データの受領【 科 月 日請求分】
- 診療科での労災関係書類の受領【 科 月 日請求分】
- 健康管理室での健康診断結果データの受領【西暦 年 月 日実施分】
- 健康管理室での紹介状・画像データの受領【西暦 年 月 日の健康診断の要精査分】
- （学生のみ）健康管理室での健康診断結果証明書の受領【西暦 年 月 日実施分】
- その他 \_\_\_\_\_

### 2. 受任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

携帯電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

（注）本状の有効期間は発行日より3か月以内とする。

本状と、委任者の身分証明書のコピーと、受任者の写真付きの身分証明書を持参のこと。

以上