

画像提出願／委任状

受診者本人が取りに来るときは1を、代理人が取りに来るときは2を記入してください。

1、提出願（受診者本人が来时）

疾病予防施設 慈恵クリニック施設長 殿

年 月 日

下記のとおり、画像の提出をお願いします。

氏 名	㊞（自署・捺印）
住 所	〒
電話番号	
提出品目 （必要な項目に○）	胸部X線 ・ 胃X線 ・ 頭部MR ・ CT ・ マンモグラフィ ・ その他（ ）

※受取の際は、保険証・免許など、公的身分証をお持ちください。

2、委任状（本人以外が取りに来る場合）

疾病予防施設 慈恵クリニック施設長 殿

年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、画像提出の申請及び受け取りを委任します。

代理人氏名	
代理人住所	〒
電話番号	

※代理人の方は、保険証・免許証など、公的身分証をお持ちください。

受診者氏名	㊞ （自署・捺印）
受診者住所	〒
電話番号	
提出品目 （必要な項目に○）	胸部X線 ・ 胃X線 ・ 頭部MR ・ CT ・ マンモグラフィ ・ その他（ ）

慈恵クリニック使用欄

日付： / 担当：