

# 委任状

年 月 日

上尾中央総合病院 宛

## 【委任者（患者）】

住所 \_\_\_\_\_

大・昭

生年月日 \_\_\_\_\_ 平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名（自署） 印 \_\_\_\_\_ 印

私（患者）は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の交付申請、受領に関する権限を委任します。

## 【受任者（代理人）】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

\*代理人の方は、免許証・健康保険証等、公的身分証明書をご持参ください。

\*本状は記載日から3か月以内のものをお持ちください。

\*本状は原本のみ有効です。