委　任　状

私は、

氏名（代理人）

住所

電話番号

委任者（患者）との関係

を代理人として、次の事項を委任します。

記

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。

令和　　年　　月　　日

【委任者（患者）】　　（ID：　　）

氏名（自署）

住所

生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日

電話番号

※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。
※本状は記載日より3ヶ月以内のものを有効とします。
※本状は原本のみ有効です。

備考欄

社会医療法人友愛会
友愛医療センター