

委任状

令和 年 月 日

町立中標津病院長 様

【委任者（患者）】

住所： _____

氏名： _____ ⑩

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

〔患者さんが未成年の場合〕

保護者氏名： _____ ⑩

電話番号： _____

私は、下記の者を代理人と定め、各種診断書・証明書等の申請及び受領に関する権限を委任します。

【代理人】

住所： _____

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____

委任者との関係： _____

※記入にあたって

- ・代理人の方は、健康保険証・運転免許証・パスポートなどの身分証明書をご持参願います。
- ・本状は原本のみ有効です。
- ・患者さんにご確認を取る場合がありますので予めご了承願います。