

委任状

年 月 日

〈代理人〉

氏名

印

(続柄)

住所

電話

私は、上記の者を代理人として、書類にかかる診療担当者の証明を
(申請・受取) することを委任します。

〈本人〉

診察券番号

氏名

印

生年月日

住所

電話