

委任状

記入日 _____年 _____月 _____日

社会福祉法人
同愛記念病院長殿

【代理人】住所

氏名 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日

委任者との続柄： _____

記

一、私は、上記の者を代理人と定め診断書・証明書等の申込み及び、受領に関する一切の権限を委任いたします。

【委任者】住所

(患者)

氏名 (自筆) _____ 印

生年月日 大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日

※本状は作成日より、3ヶ月以内のものを有効とし、1回の申請をもってその効力を失うものとします。

※本状は原本のみ有効です。

※委任者の氏名は自筆になります。ただし、委任者の事情で自筆記入が出来ない場合
下記を必ずご記入下さい。

理由：

代筆者： _____ 印 委任者との続柄： _____