委　任　状

年　　月　　日

関越中央病院長　殿

【委任者（患者）】

氏名（自署）：

診察券番号：

生年月日：　　年　　月　　日

住　所：

電話番号：　　（　　）

私は、下記の者を代理人と定め、診断書等の受領に関する権限を委任します。

【受任者（代理人）】

氏　名：

住　所：

電話番号：　　（　　）

委任者との関係：

※本状をお持ちの際、本人確認が可能な身分証（マイナンバーカード・運転免許証・資格確認証等）をご持参下さい

※本状は原本のみ有効です