

年 月 日

委任状

医療法人順風会 宛

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

代理人	氏名	
	委任者との続柄・関係	
	住所	
	電話番号	※日中に連絡の取れる番号 — —

※ 代理人の方は、以下のものを持参下さい。

- ・ 委任状（この書類）
- ・ 代理人本人を確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカード等）
- ・ 発行手数料（支払対象の方のみ）

委任事項	受診日	年 月 日（※年月まででも可）
	受領物	<input type="checkbox"/> 健康診断結果報告書
	（必要なものにチェック・記入）	<input type="checkbox"/> 健康診断証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）

上記の受領に関すること

委任者	氏名（自署）	フリガナ	印
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	電話番号	※日中に連絡の取れる番号 — —	