医療法人社団　協友会

横浜鶴見リハビリテーション病院

病院長　殿

委　任　状

▼委任者記入欄

　　 委任日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（自署）： 印

住所 ：

生年月日：　明治・大正・昭和・平成　　　　　　年　　　月　　　日（満　　　　歳）

連絡先：　自宅・携帯　　　　　　　　　　　（　　　　　　　）

私は、下記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の交付申請、受領に係る一切の権限を委任いたします。

▼代理人記入欄

氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所 ：

生年月日：　明治・大正・昭和・平成　　　　　　年　　　月　　　日（満　　　　歳）

連絡先：　自宅・携帯　　　　　　　　　　　（　　　　　　　）

委任者との関係：夫・妻・親・子・兄弟・姉妹・その他（　　　　　　　　　　　　）

◇委任する方ご本人が記載できない場合は、代理人の方が委任者欄を代筆し以下もご記入ください。

　　代筆した理由：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　印

※当委任状に記載された個人情報は、診断書・証明書などの交付申請、受領のみに利用いたします。

※代理人の方は本人確認が出来るもの（運転免許証、保険証など）をご持参ください。

医療法人社団　協友会　横浜鶴見リハビリテーション病院