

委任状

_____年____月____日

寺尾病院 宛

(委任者(患者)氏名) _____ 印

(委任者生年月日) _____ 年 ____ 月 ____ 日

(委任者住所) _____

(委任者電話番号) _____

私(患者)は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請、受取を委任します。

(代理人氏名) _____

(代理人住所) _____

(代理人電話番号) _____

- ※ 代理人の方が診断書等を受け取る場合は、必ず本状と代理人の方の本人確認ができる書類(健康保険証、運転免許証など)をご持参ください。
- ※ 本状及び本人確認ができる書類をご持参されない場合には、書類をお渡しすることができませんのでご了承ください。
- ※ 本状の有効期限は記載日より3ヶ月以内とします。
- ※ 本状は原本のみ有効です。