

年 月 日 (西暦)

委任状

济生会熊本病院 御中

委任者 (患者様ご本人)	
ご住所 電話番号	〒 - - - - - - - - - -
氏名 生年月日	Ⓜ M T S H 年 月 日

私は、下記の者を代理人とし、本委任状により、依頼文書に関する一切の権限を委任致します。

記

代理人	
ご住所 電話番号	〒 - - - - - - - - - -
氏名	委任者との関係

※委任者が自筆でご記入・ご捺印の上、代理人の本人確認書類 (運転免許証・健康保険証等) をご提示下さい。

以上