

各務原にこファミリークリニック 殿

委任状

<代理人>

住所：_____

氏名：_____

生年月日：_____年 月 日

電話番号：_____

患者本人との関係：_____

私は、上記の者を代理人に定め、証明書・診断書の受取を委任いたします。

_____年 月 日

<患者本人>

氏名(自署)：_____ ㊞

生年月日：_____年 月 日

電話番号：_____

※代理人の方の、身分証明書が必要になります。