

年 月 日

# 委任状

医療法人同仁会 おおぞら病院 殿

委任者（患者様ご本人）			
住所			
氏名	印	生年月日	T・S・H 年 月 日
連絡先			

私は、下記の者を代理人と定め、診断書の交付申請並びに受領に関する権限を委任します。

受任者（代理人）			
住所			
氏名	印	生年月日	T・S・H 年 月 日
連絡先	委任者との関係		