

委任状

獨協医科大学埼玉医療センター 宛

記入日 令和 年 月 日

【委任者(患者)自署】

氏 名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

住 所

電話番号

※委任者ご本人が記載出来ない場合は、代筆者の氏名・住所をご記載ください

代筆者氏名 (続柄:)

代筆者住所

私(患者)は、次のものを代理人と定め、書類交付申請・受領に関する権限を委任します。

【受任者(代理人)】

氏 名 (委任者との関係:)

住 所

電話番号

【 記入日が3ヶ月以内の原本のみ有効 】