

【委任状】

令和 年 月 日

岩見沢市立総合病院長 殿

私は、下記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請及び受取を委任します。

代理人氏名： _____ 患者との関係： _____

代理人住所： _____

電話番号（自宅・携帯） _____

※代理人の方は保険証・運転免許証等、記載事項を確認できる身分証をお持ち下さい。

患者氏名：（自署・捺印）： _____ 印

患者住所： _____

※本状は記載後 3 か月以内にお持ちください。

※本状は原本のみ有効です。