

# 委任状（診断書等に係る申請・受取）

令和 年 月 日

一般財団法人 倉敷成人病センター 御中

## 【委任者（患者）】

患者氏名（自署）： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

親権者または代理人氏名

（ただし患者本人が未成年あるいは記載できない状態の場合のみ記入して下さい）

\_\_\_\_\_ 印（続柄： \_\_\_\_\_）

私は、次の者を代理人と定め、診断書等の交付申請並びに受領に関する一切の権限を委任します。

## 【受任者（代理人）】

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

※委任者本人が記入し押印してください。

※代理人の方は本状と身分証明書（運転免許証か健康保険証）をご持参ください。

※本状は記載日より3ヶ月以内のものをお持ちください。

※本状は原本のみ有効です。