

# 委任状

社会医療法人 河北医療財団 宛

年 月 日

## 【委任者（患者本人）】

氏 名 : \_\_\_\_\_

生 年 月 日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電 話 番 号 : \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申込及び受取を委任いたします。

## 【代理人】

氏 名 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電 話 番 号 : \_\_\_\_\_

- 1) 委任状の記入は、原則委任者（患者本人）による自筆となります。
- 2) 代理人の本人確認書類をご持参ください。
- 3) 本状は記載日から3か月間有効といたします。
- 4) 本状は原本のみ有効です。

以上