

委任状（診断書等用）

年 月 日

十勝いけだ地域医療センター 管理者宛

【委任者（患者さま）】

住所

氏名

生年月日 年 月 日

私は次のものを代理人と定め、診断書・証明書等の交付申請・受領に関する権限を委任します。

【受任者（代理で手続きをされる方）】

住所

氏名

連絡先（電話番号）

委任者とのご関係

以上

- 1、受任者（代理人）はマイナンバーカード・運転免許証等ご本人が確認できるものを受付でご提示ください。
- 2、本状は記載日より3か月以内のものをお持ちください。
- 3、必ずボールペンでご記入ください。「消せるボールペン」「鉛筆」等訂正が容易にできるものは使用できません。
- 4、本状は原本のみ有効です。