

公益財団法人宮城厚生協会
坂総合病院 院長 片平 敦子 殿

委任状

受け取られる方

代理人住所： _____
代理人氏名： _____
代理人生年月日： _____
代理人連絡先（自宅・携帯）： _____

私は、上記の者を代理人と定め下記診断書・証明書の受け取りに関する権限を委任する。

記

診断書・証明書書類名 _____ 通
_____ 通

年 月 日

患者様

委任者住所： _____
委任者氏名： _____ 印
委任者生年月日： _____
委任者連絡先（自宅・携帯）： _____

◇委任する方ご本人が書けない場合は、代理人以外の方が委任者欄を代筆し、以下の欄も記入して下さい。

代筆者住所： _____

代筆者氏名： _____ 印 （委任者との関係： _____）

代筆した理由： _____