

公益財団法人宮城厚生協会
坂総合病院 院長 内藤 孝 殿

委任状

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、患者 _____ の死亡診断書・
死亡証明書・（ _____ ）の受け取りに関する権限を委任する。

年 月 日

委任者住所： _____

委任者氏名： _____ 印（患者との続柄 _____）

委任者生年月日： _____

委任者連絡先（自宅・携帯）： _____