

公益財団法人宮城厚生協会  
坂総合病院 院長 富山 陽介 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）： \_\_\_\_\_