

## 委任状（各種診断書等の作成依頼・受取）

令和 年 月 日

鹿児島市医師会病院 御中

委任者（患者）

氏名(自署)： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： 明・大・昭・平・令 年 月 日

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の作成依頼並びに受取に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

代理人の方は、健康保険証・運転免許証・パスポートなどの身分証明書をご持参ください。

本状は記載日より3カ月以内のものをお持ちください。

本状は原本のみ有効です。

患者様に確認を取る場合がありますので予めご了承ください。