

委 任 状

社会医療法人 いち樹会 尾中病院 御中

委任者（患者）

委任年月日 20 年 月 日

氏名（自筆）

生年月日 大・昭・平・令・西暦 年 月 日

住 所

電話番号

委任期間 上記委任年月日から各種証明書等文書受領まで

※委任者本人が書けない場合は代筆の上、以下もご記入ください。

代筆者 (委任者との続柄：)

代筆者住所

代筆理由 ☐ 身体が不自由なため ☐ 委任者が判断不能のため
☐ その他（）
<代筆者が第三者の場合>
☐ 親族は承諾済み

私は下記の者を代理人と定め、個人情報を含む証明書等の申込み・受取りを委任します。

代理人

氏 名 (委任者との続柄：)

住 所

電話番号

※代理人は、「身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）」をご用意ください。

以上