

# 委任状

年 月 日

医療法人社団仁聖会 さむかわ富田クリニック 殿

## 【委任者（患者）】

氏名（自署）： 印

---

生年月日： 年 月 日生

---

住所：

---

電話番号：

---

私は、次の者を代理人と定め、診断書等の交付申請並びに受領に関する一切の権限を委任します。

## 【受任者（代理人）】

氏名： 印

---

生年月日： 年 月 日生

---

住所：

---

電話番号：

---

委任者との関係：

---

※代理人の方は、身分証をご持参ください。

※本状は原本のみ有効です。