

委任状

令和 年 月 日

公益社団法人 地域医療振興協会
市立大村市民病院 宛

患者住所：

患者氏名（自署）：

⑩

私（患者）は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請及び受取を委任します。

（代理人の住所及び電話番号）

住所：

連絡先：

（代理人の氏名）

氏名：

⑩

*代理人の方はマイナンバーカード・資格確認書・免許証等、記載事項を確認できる身分証明書をご持参ください。

*本状は記載日より3ヶ月以内のものを、お持ちください。

*本状は原本のみ有効です。