

委任状

令和 年 月 日

福井県立病院長 様

委任者（患者）

〒

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

私は下記の者を代理人と定め、診断書等の交付申請および受領に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

〒

住 所

氏 名

（法人の場合は担当者名）

続 柄

電話番号

- ・法人の場合は、氏名欄に会社名を記入してください。
- ・代理人の方は、運転免許証・マイナンバーカード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か月以内のものをお持ちください。
- ・患者さんに確認を取る場合がありますので予めご了承ください。