**委　任　状**

　　　　年　　月　　日

医療法人　六人会　御中

**（代理人）**

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　年　　　月　　　日

電話番号

私は、上記の者を代理人として定め、貴院の発行する診断書等の交付申請及び受領に関する一切の権限について委任します。

**（委任者）**

住所

氏名　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　年　　　月　　　日

電話番号

**上記、下線部分をご記入の上、委任者の身分証明書と一緒に受付までご持参ください。**