

平成 年 月 日

委任状（証明書・診断書用）

群馬大学医学部附属病院長 様

【委任者（患者）】

I D（診察券の番号8けた）： _____

住所： _____

氏名（自署）： _____

※氏名の自署が困難な場合には下の（ ）内に理由をお書きください。

（理由 _____）

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先電話番号： _____

私は、次の者を代理人と定め、診断書等の申込並びに受取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： _____

連絡先電話番号： _____

委任者との関係： _____

※代理人の方は、お申し込み並びにお受け取りの際に、患者さんの本院の診察券もしくは、代理人の方の健康保険証、運転免許証等の身分証明書を提示してください。