

令和 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）】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

※代理人の方は、申請及び受領の際に、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。