

委任状

年 月 日

深谷寄居医師会メディカルセンター 殿

私は、以下の者を代理人に定め、下記の権限を委任いたします。

【代理人】

現 住 所

氏 名 ⑩ 生年月日 年 月 日

記

- ・ 健(検)診資料受け渡し
- ・ 健(検)診画像データ受け渡し
- ・ 健(検)診結果受け渡し
- ・ その他()

上記手続きに関する一切の行為

以上

【委任者】

現 住 所

氏 名 ⑩ 生年月日 年 月 日

電話番号