

委 任 状

東京かつしか赤十字母子医療センター
院長 三石 知左子 様

(代理人)

氏 名 印

生年月日 年 月 日

住 所

連絡先

(委任事項)

私は、 _____ に関する権限を

上記の者に委任します。

(患者と委任した方との続柄) _____

令和 年 月 日

(委任者)

氏 名 (自署) 印

生年月日 年 月 日

住 所

連絡先

注 委任状のほかに、代理人の身分証明書の提示をお願いします。