

年 月 日

委任状（証明書・診断書用）

埼玉西協同病院 病院長 殿

【委任者（患者）】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

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。

【委任者（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、保険証・免許証、マイナンバーカード等、記載事項を確認できる身分証をお持ち下さい。

※本状は記載日より3か月以内にお持ち下さい。

※本状は原本のみ有効です。

職員確認事項

保険証 免許証 マイナンバーカード その他 ()

確認日： _____ 確認者 _____

埼玉西協同病院 TEL: 0570-01-323
※スキャナ保存・項目 同意書関係（その他）
2022年5月作成