

(あて先) 出水市病院事業管理者

## 委 任 状

年 月 日

① 本人(委任者)

患者氏名

生年月日 年 月 日

住 所

電話番号

私（委任者）は、以下の者を代理人と定め、診断書等文書の申請、受取り及び費用の精算を委任します。

② 代理人（受任者）

氏 名

住 所

電話番号

\*①と②を患者本人が記載してください。（本人が自筆する場合は、押印は不要です。）

\*代理人（②）の方は、マイナンバーカード、運転免許証等の顔写真付きの身分証明書を御持参ください。

\*委任状は、原本を御提出ください。

\*委任状の有効期間は、発行日より3か月以内とします。