委任状

市立伊丹病院　病院長　　　様

（代理人）　住　　所

氏　　名

生年月日　　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　日

委任者との関係　（　　　　　　　　　　）

私は上記の者を代理人と定め、下記事項についてその一切の権限を委任します。

（委任事項）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について

平成　　　年　　　月　　　日

（委任者）　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　日

※※※※※※※※※※※※※※※＜注意事項＞※※※※※※※※※※※※※※※※

- 代理者様は来院の際に本人確認書類（運転免許証、保険証、住民基本台帳カード等）をご提示いただき、コピーをとらせていただきます。
  場合によっては、その他の書類も準備いただく場合がありますのでご了承ください。

（２７．７．３１）