

委 任 状

年 月 日

(宛先) 岡崎市民病院長

(委任者) 住 所

氏 名 (※)

※本人が手書きしない場合は記名押印してください。

電話番号

(患者名)

(書類名)

私は下記の者を代理人と定め、

の

に対する

請求及び受領にかかる権限を委任します。

記

(受任者) 住 所

氏 名 (※)

※本人が手書きしない場合は記名押印してください。

電話番号