□ 東大和病院 御中
□ 東大和病院附属セントラルクリニック 御中

委　任　状

委任者氏名（患者氏名）　　印
委任者住所（患者住所）
委任者生年月日（患者生年月日）
委任者連絡先（患者連絡先）

委任者（患者）が記入できない場合の理由

私は下記の者を代理人と定め、下記明細に関する一切の権限を委任いたします。

記

委任事項		
	□文書の申し込み	□文書の受け取り
	□文書の申し込みと受け取り	□その他（　　）

以上

20　　年　　月　　日

代理人氏名　　印
代理人住所
代理人生年月日
代理人連絡先

個人情報保護法に基づき、お受け取りの際は必ず身分証明書をご持参ください。