



委任状

令和 年 月 日

(あて先) 旭川市病院事業管理者

【委任者（患者）】

住 所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

氏 名 (自署) _____ 印

私（患者）は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の交付申請、受領に関する権限を委任します。

【受任者（代理人）】

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

委任者との関係 _____

※代理人の方は、免許証・健康保険証等、記載事項を確認できる身分証明書をご持参下さい。

※本状は記載日から3ヶ月以内のものをお持ちください。

※本状は原本のみ有効です。