

J R 札幌病院長 殿

委 任 状

(代理人)

住所 〒 _____

電話番号 _____

氏名 _____

本人との関係 _____

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任する内容

年 月 日

(委任者)

住所 〒 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印 (自署の場合、押印不要)

生年月日 _____ 年 月 日

診療券番号 _____