

委任状

年 月 日

委任者住所 _____

委任者氏名 _____ 印

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

代理人氏名 _____

1. 書類等の受け渡しに関する一切の件

※ご本人様以外の方がお受け取りになる際は、本委任状およびお受け取りされる方（代理人）の身分証明書をご持参下さい。ご持参いただけない場合は書類のお渡しは出来ませんのでご了承下さい。

※ご本人様がお受け取りになる場合、本委任状は必要ありません。身分証明書のみご持参下さい。

※書類の郵送をご希望の場合は本委任状とご依頼者様の身分証明書のコピーをご郵送下さい。ご郵送いただけない場合、書類の郵送はできませんのでご了承下さい。

※郵送先：〒350-0021 川越市大字大居 545 番地
帯津三敬病院 診療録管理室

電話番号 049-235-1981

FAX 049-235-8063