

委任状

代理人住所 〒 _____

代理人氏名 _____ 診察券番号 _____

※代理人はご家族の方に限らせていただきます。

あらかきウィメンズクリニック 院長

私はやむを得ない理由により以下の結果報告を受ける権限を上記の者を代理人と定め、委任致します。

検査名 _____ (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者住所 〒 _____

委任者氏名 _____ 診察券番号 _____

※委任者ご本人の自筆で必ずご署名下さい。