

委任状

年 月 日

千葉大学医学部附属病院 病院長 殿

私は、下記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請及び受取を委任します。

記

代理人氏名（自署・捺印）： _____ 印

代理人住所： _____

電話番号（自宅・携帯）： _____

※ 代理人の方は、記載事項を確認できる身分証明書（保険証・運転免許証等）をお持ちください。

患者氏名（自署・捺印）： _____ 印

患者住所： _____

電話番号（自宅・携帯）： _____

- * 本状は記載日より3ヵ月以内にお持ちください。
- * 本状は原本のみ有効です。

千葉大学医学部附属病院