

委任状

年 月 日

自衛隊横須賀病院医事課 宛

【委任者（患者）】

氏名（自署）： _____ (印)

大 平

生年月日： 昭 令 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____

私は、診断書等の

☐

申込み及び受領

☐

申込みのみ（受領は本人）

☐

受領のみ

に関する一切の権限を下記の者に委任します。

【受任者（代理人）】

氏名： _____

大 平

生年月日： 昭 令 年 月 日

電話番号： _____

委任者との関係： _____

※1 本状は記載日より3ヶ月以内の原本をお持ちください。

※2 代理で手続きをされる方は、申込時に顔写真付きの身分証明書等をご持参ください。

あわせて、委任者（患者）の身分証明書等の写しもご持参ください。

※3 記入していただいた個人情報は診断書等の交付手続きにのみ使用します。