

受領委任状

令和 年 月 日

都城新生病院長 殿

【委任者】(患者本人、18歳以下の場合は親権者)

氏名(自署) _____ 印

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

令和 年 月 日 申請の、貴院での診療に係る

◆ 診断書・証明書等の受領を、下記の者へ委任します。

記

【受任者】

氏名(自署) _____ 印

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

続柄(患者本人から見て) _____

以上

※委任者のご署名が困難な場合は理由をご記入ください。