

# 委任状

年 月 日

一般社団法人

宗像医師会 宗像医師会病院

住 所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本人が委任状の記載ができない場合、その理由

( \_\_\_\_\_ )

私は、下記の者を代理人として私の診断書・証明書の交付を委任します。

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_