

## 委任状

年 月 日

社会医療法人恵愛会  
大分中村病院 御中

代理人（受任者）

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連 絡 先： \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め下記の権限を委任します。  
診断書の 申請・受取り等 に関する一切の行為

本人（委任者）

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連 絡 先： \_\_\_\_\_

- ※ 代理人の方は保険証・運転免許証等の身分証明書をご持参ください。  
職場代理人の場合、職場の住所を記載し、名刺・社員証等をご持参ください。
- ※ 氏名記載は必ず自署をお願いします。