

委任状

令和 年 月 日

赤羽リハビリテーション病院 御中

委任者(患者さん)	
氏名	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒
電話	

私は、次の者を代理人と認め、診断書等の交付申請・受領に関する一切の権限を委任します。

代理人	
氏名	
住所	〒
電話	
続柄	

当該書類は作成日付から3ヶ月間の有効期間とします。
代理人の方は申込みの際に身分証明書をご提示ください。