

委任状

令和 年 月 日

長崎掖済会病院長 殿

委任者：患者 氏 名（自署）

住 所

生年月日

連絡先

代筆欄

氏 名（自署）

住 所

続 柄

連絡先

確認書類 運転免許証 保険証 マイナンバーカード その他公的な書類

※委任者が記入できない理由

使用目的・提出先

私の診断書・証明書の受け取りについて、下記代理人に委任します。

代理人

氏 名

住 所

生年月日

年

月

日

（ 歳）

連絡先

確認書類 運転免許証 保険証 マイナンバーカード その他公的な書類

※委任状の有効期間は3ヶ月間です。

※委任者が18歳未満で保護者様受取時は委任状不要です。委任者同居家族の方が受取時は、委任者と代理人身分証明書のご提示で委任状不要です。

※代理人の方は、記載事項を確認できる身分証明書（保険証・運転免許証等）を持参して係員にご提示下さい。委任状及び身分証明書を持参されない場合には、書類をお渡しできません。

※委任者に委任確認をとる場合がありますので予めご了承ください。

※委任状は原本をご提出ください。

※代理人の方は18歳以上の方でお願いします。