

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_____

代筆者 代筆者氏名（自署）_____

住 所_____

続 栄_____ 連絡先_____

確認書類(複数選択可) 運転免許証 資格確認書 マイソバーカード その他公的書類

※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(原本) 運転免許証 資格確認書 マイソバーカード その他公的な書類

※委任状の有効期間は3ヶ月間です。

※委任者同居家族、委任者が18歳未満で保護者が受け取りの場合は委任状不要です。

※代理人は、記載事項を確認できる委任者の身分証明書(コピー可)及び代理人の身分証明書(原本のみ)を持参して窓口へご提示下さい。委任状及び身分証明書を持参されない場合には、書類をお渡しきれませんのでご注意ください。

・身分証明書：運転免許証・資格確認書・マイソバーカード・その他公的な書類等

※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。

※代理人は18歳以上の方とします。