

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 柄 連絡先

確認書類(北°-可) ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書 ☐ マイクパ`-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 ☐マッパ-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、書類をお渡しでき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・マイナンバーカード・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。