

委任状

年 月 日

一般財団法人健康医学協会

附属 東都クリニック 御中

委任者 氏名 _____ 印

委任者 生年月日 昭・平 年 月 日

委任者 住所 _____

委任者 電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、下記内容の権限について委任します。

代理人 氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

代理人 電話番号 _____

委任内容（該当する項目の番号に○印をつけてください）

1. 予約資料の受け渡し
2. 結果票の受け渡し
3. 医師からの結果説明
4. 紹介状の受け渡し
5. 画像データ、レントゲンフィルム、写真の受け渡し
6. その他（ _____ ）

※代理人の方は、健康保険証、運転免許証、パスポートなどの身分証明書をご提示ください。

【職員確認用】

身分証明書提示確認欄

年 月 日

