

委 任 状

令和 年 月 日

秋田大学医学部附属病院 御中

委任者 住所 _____

氏名（自署） _____

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

電話 _____

○委任者本人が書けない場合は、代筆し下記項目にご記入ください。

代筆者 住所 _____

氏名（自署） _____（委任者との続柄： _____）

代筆理由 _____

私（患者）は次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請・受取を委任します。

代理人 住所 _____

氏名 _____（委任者との続柄： _____）

電話 _____

書類名 _____ 計 _____通

※代理人の方は保険証・運転免許証等の身分証明証をご提示ください。

※原本のみ有効

☐ 身分証確認