

委任状

代理人住所：

代理人氏名：

代理人生年月日：

代理人連絡先電話番号：

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任致します。

記

委任事項

- 健康診断結果の受取りの件
- 診断書受取りの件
- 紹介状受取りの件
- その他（ ）

委任者住所：

委任者氏名： 印

委任者生年月日： 年 月 日

委任者連絡先電話番号

令和 年 月 日

窓口でのお受け取りの方法：

委任状により代理人となられた方が書類を受け取る場合には、
ご本人である証明書（免許証、保険証）のご提示が必要になります。

ご提示がない場合は、お渡し出来できませんので予めご了承ください。
い。

受取り可能時間：平日 9 時～17 時

土曜 9 時～12 時 まで

札幌北区百合が原 11 丁目 186 番地
医療法人社団 札幌百合の会病院
TEL011-771-1501