

年 月 日

医療法人社団 新町クリニック 御中

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、

年 月 日 受診の健康診断結果の受け取りを委任します。

[代理人]

氏名

住所

連絡先電話番号

ご本人様との関係

[委任者]

住所

自署

印