

委 任 状

依頼日 年 月 日

【健康診断受診者】

氏名 _____ 印 _____

生年月日 _____

住所 _____

電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、項目： _____ の受け取りを委任致します。

【委任される者】

氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____

電話番号 _____

※委任された方は、身分証の確認をしますので必ず本人確認書類をご持参ください。

※委任状は、代理人の欄も含め委任者（本人）が自筆してください。

新やなぎ健診クリニック

【職員確認欄】 年 月 日 印