

委任状

令和 年 月 日

男鹿みなと市民病院 御中

■ 患者（委任者）

氏 名 _____

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

■ 代理人

氏 名 _____

続 柄 _____
(患者との)

住 所 _____

電話番号 _____

※代理人は代理人本人確認のため身分証明証(運転免許証・健康保険証・住民票
・パスポート等)のご用意をお願いします。

※委任状は原本のみ有効とします。