

委任状

____年 ____月 ____日

信州大学医学部附属病院 殿

【委任者（患者さん）】

氏 名 _____ ㊞

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 ____月 ____日生

住 所 _____

※委任者ご本人が書くことができない場合は、代筆のうえ以下もご記入ください。

代筆者 _____ ㊞（委任者との続柄 _____）

代筆者住所 _____

私は次の者を代理人として、診断書等の文書の申請、受取を委任します。

【代理人】

氏 名 _____ ㊞

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 ____月 ____日生

住 所 _____

電話番号 _____