

委任状

野井レディースクリニック 殿

私は次の者を代理人と定め、下記の行為の権限を委任いたします。

代理人（自署）

氏名： (続柄：)

生年月日：

住所：

連絡先：

※代理人の方は**免許証等**、代理人の方が確認できる**公的身分証明証**をお持ち下さい。

委任事項（該当する項目にまるをお付けください）

1. 検査キットの受け渡し
2. 問診票の受け渡し
3. 検査結果（成績表）の受け渡し
4. 医師からの結果説明
5. 内服薬の処方を受け渡し
6. 紹介状の受け渡し
7. 画像データ（CD、USBメモリ）の受け渡し
8. その他（)

年 月 日

委任者（自署）

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

連絡先