

委任状

医療法人社団かけはし

東小金井小児神経・脳神経内科クリニック殿

代理人氏名

委任者との関係

代理人住所

私は上記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請・受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者

患者氏名（自署）

患者住所

電話番号

※委任状は原則本人の自署となります。但し、何らかの事情により、自署記入が出来ない場合

は、下記にその理由と代筆される方のお名前をご記入ください。

代筆の理由

代筆者氏名

委任者との関係

※代理人は本人確認書類（マイナンバーカードや運転免許証など）をご持参ください。ご持参い

ただけない場合は、診断書・証明書等の申請・受領は出来かねますので、予めご了承ください。