

委任状

横浜市立大学附属病院 宛

年 月 日

【患者】

住所

氏名(自署)

㊞

私（患者）は、私の診断書等の文書の交付申請及び受取に関することについては、次のものに権限を委任します。

【代理人】

氏名

住所

連絡先電話番号

*本状は記載日から6ヶ月以内のものをお持ち下さい。

*本状は原本のみ有効です。