委　任　状

代理人　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

　　委任する権限：診断書・証明書に関する（　申込み　・　受取り　）

大分大学医学部附属病院長　殿

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

委任者　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　生年月日

※委任者は原則、患者さん本人を指します。

※診断書・証明書に関して、患者さん以外の方が申込・受取される場合は委任状が必要となります。