

委任状・同意書

原町赤十字病院長 様

年 月 日

【委任者】

住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____

日中連絡先 _____

私は、次の者を代理人と定め、 _____ の交付申請並びに受領に関する一切の権限を委任します。

【受任者】

住所 _____

氏名 _____

委任者との関係 _____

※代理人の方は、運転免許証、健康保険証、パスポート等の身分証明書を提示してください。