

委任状

本庄脳神経外科・脊椎外科 宛

年 月 日

【患者】

住所 _____

氏名(自著) _____ 印

私(患者)は、私の診断書等の文書の交付申請及び受取り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】

住 所 _____

氏 名 _____

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ください。
- * 本状は原本のみ有効です。
- * 自著が書けない場合は代筆も可(印鑑必須)



本庄脳神経外科・脊椎外科