

委 任 状

大阪医療センター院長 殿

代理人 住 所 :

(受任者) 氏 名 : (続柄:)

生年月日:

電話番号:

私（委任者）は、上記のものを代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

年 月 日

委任事項 ☐ 診断書・意見書に関する依頼、受取

☐ その他 ()

本 人 住 所 :

(委任者) 氏 名 :

生年月日:

電話番号: