

# 委任状

年 月 日

一般社団法人 福山市医師会健診センター 御中

本人  
(委任者)

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、下記内容の権限について委任します。

代理人  
(委任された人)

氏 名 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

委任内容 (該当する項目に✓をつけてください)

- 予約資料の受け渡し
- 健診結果の受け渡し
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

※委任状は、委任者本人が代理人の欄も含めすべてを直筆で記入してください。  
※代理人の方は、運転免許証、マイナンバーカードなどの本人確認書類を提示してください。

---

【職員確認用】

本人確認実施日 年 月 日