

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

委任者 名 前 : _____ 印

委任者 生年月日 : _____ 年 月 日

委任者 住 所 : _____

委任者 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 名 前 : _____ 印

代理人 住 所 : _____

代理人 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（ _____ ）

※代理人の方は、健康保険証、運転免許証などの身分証明書をご掲示ください。

【職員確認用】

身分証明書掲示確認欄

年 月 日