



## 委任状

令和 年 月 日

横浜市立市民病院 宛

### 【委任者（患者）】

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
明・大  
昭・平

氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

私（患者）は、次の者を代理人と定め、診断書・証明書等の交付申請、受領に関する権限を委任します。

### 【受任者（代理人）】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

\* 本状は記載日から3か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。