

委任状

年 月 日

医療法人 大場整形外科 殿

(代理人) 住所
氏名 印
生年月日

私は、上記の者を代理人と定め、
診断書・証明書の申込・受取に関する権限を委任します。

(委任者) 住所
氏名 印
生年月日