

# 委任状

年 月 日

社会医療法人社団三思会  
東名厚木メディカルサテライトクリニック宛

代理人（受任者）

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

委任者との関係： \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、下記の事項（権限）について委任します。

記

健康診断に関する \_\_\_\_\_ の受領

以上

本人（委任者）

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日