

## 委任状 (病院用)

所属	江別市緊急サポートネットワーク
提供会員番号	
住所	
氏名	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

1. 私の子ども \_\_\_\_\_ の受診の付添及び診断結果を聞くこと。

年 月 日

江別市緊急サポートネットワーク

依頼会員番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ 病 (医) 院 御中