

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