

健康診断結果報告書受け取りに関する委任状

医療法人社団 同友会 宛

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

代理人（受け取りの方）

住所

氏名

印

電話番号

委任者との関係

委任事項

健康診断結果報告書の受け取りに関すること

年 月 日

委任者（健康診断を受けられた方）

住所

氏名

印

生年月日

電話番号