

委任状

公益財団法人筑波メディカルセンター
つくば総合健診センター宛

_____年 ____月 ____日

【代理人】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

委任者との関係 _____

私は上記の者を代理人と定め、健診記録に関する一切の権限を委任いたします。

【委任者(受診者本人)】

住所 _____

氏名(自署) _____ (印)

生年月日 _____

電話番号 _____

※委任者本人が自署・押印してください。

※代理人の方の身分証明書のご提示・写しを頂戴しております。