

< 委任状 >

福岡大学筑紫病院
病院長殿

受任者（申込者） 氏名

住所

電話

* 本人が委任状の記載ができない場合、その理由

()

上記の者へ診断書交付について委任します。

20 年 月 日

患者 氏名 印
生年月日 年 月 日