

委任状 (病院)

所 属	札幌市緊急サポートネットワーク
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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

札幌市緊急サポートネットワーク

会員番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

病院 御中