

# 委任状

幸町 I V F クリニック 院長殿

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

生年月日 \_\_\_\_\_

代理人連絡先 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め書類受領を委任いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自 署)