

# 委任状

医療法人社団 雄好会  
つくばシティ内科クリニック 御中

年 月 日

委任者 氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

委任者 生年月日 西暦 年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_

委任者 電話番号 \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、下記内容の権限について委任します。  
また、後日このことにより問題が生じた場合、貴クリニックが一切の責任を負わないことに同意します。

委任内容（該当する項目の番号に○印をつけてください）

- 予約資料の受け渡しをすること。
- 健康診断結果または診断書の受け渡しをすること。
- 紹介状の受け渡しをすること。
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

医師が記入した書類につきましては、返金いたしかねますのでご了承ください。  
代理人の方は、運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなどの身分証明書をご提示ください。  
また、代理人は学生でない18歳以上の成人の方にご依頼ください。  
※委任者に確認を取る場合がありますので予めご了承ください。  
※委任者が代理人（氏名・生年月日・住所・電話番号）まで全て記入してください。

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 生年月日 西暦 年 月 日

代理人 住所 \_\_\_\_\_

代理人 電話番号 \_\_\_\_\_

【職員確認用】委任状有効期間 記入日より3か月まで 身分証明書提示確認欄 年 月 日

本人確認	担当者
顔写真付き証明書（運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ）	
その他2点確認（ _____ , _____ ）	