

委任状

医療法人社団 雄好会

2026 年 9 月 1 日

つくばシティア内科クリニック 御中

委任者 氏名（自署）

シティア太郎



委任者 生年月日

西暦 1990 年 5 月 1 日

委任者 住所

〒305-0031 つくば市吾妻2-8-8

委任者 電話番号

029-856-5500

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）

1. 予約資料の受け渡しをすること。
2. 健康診断結果または診断書の受け渡しをすること。
3. 紹介状の受け渡しをすること。
4. 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

シティア二郎



代理人 生年月日

西暦 1995 年 6 月 1 日

代理人 住所

〒305-0031 つくば市吾妻2-8-8

代理人 電話番号

029-856-5500

【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

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 （ , ）

担当者