

両国東口クリニック宛

委任状

年 月 日

私は、下記の件を以下の者に委任致します。

受任者（代理人）

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

記

委任事項 ： 診察を代理する件

次回予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者（患者）

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

以上

※代理の方は、免許証・マイナンバーカード等の身分証明書をご持参ください。



両国東口クリニック
RYOUGOKU EAST GATE CLINIC