

関西電力病院 殿

# 委 任 状

窓口に来られる方です。

代 理 人 住 所  
氏 名

文書作成依頼の件

上記の者に代理人としての依頼から受領までの権限を委任します。

平成〇年〇月〇日

患者さまのことです。  
患者さまが自筆して押印してください。

委 任 者 住 所  
氏 名

印

※ 訂正された場合は、必ず、押印された印鑑で訂正印をお願いします。