# 委　任　状

市立伊丹病院　病院長　　様

**（代理人）**　住　　所

氏　　名

生年月日　　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

委任者との関係　（　　）

私は上記の者を代理人と定め、下記事項についてその一切の権限を委任します。

（委任事項）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について

年　　月　　日

**（委任者）**　住　　所

氏　　名　　㊞

生年月日　　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

※※※※※※※※※※※※※＜注意事項＞※※※※※※※※※※※※※

・代理者様は来院の際に本人確認書類（運転免許証、保険証、住民基本台帳カード等）をご提示いただき、コピーをとらせていただきます。
　場合によっては、その他の書類も準備いただく場合がありますのでご了承ください。

（２７．７．３１）