委　任　状

令和　　年　　月　　日

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター　病院長

患者住所

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞又は自署

診察カード番号

私は、(代理人)　　　　　　　　　　　　　　が下記の手続きをすることに同意します。

記

　　１　診断書等の申込みに関すること。

　　２　診断書等の作成費用の支払いに関すること。

　　３　診断書等の受領に関すること。

* 代理人の方は身分証明書（運転免許証、健康保険証等）をお持ちください。