

## 委任状 (病院)

所 属	おたるファミリーサポートセンター
提供会員番号	
住 所	
氏 名	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

1. 私の子ども\_\_\_\_\_の受診の付添及び診断結果を聞くこと。

令和 年 月 日

おたるファミリーサポートセンター

依頼会員番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 御中