

年 月 日

医療法人社団 潤康会 芝パーククリニック御中

委 任 状

委任者 _____ は、下記に記載の受任者に、
_____ に関する手続きの一切を委任致します。

記

委任者：氏名 _____ ⑩
住所 _____
受任者：氏名 _____ (委任者との間柄： _____)
住所 _____

以上

注1：委任者様のご意思を確認させていただく資料として、委任者様ご本人を確認できる資料（委任者様の免許証、健康保険証、パスポート等）の※コピーを添付して下さい。
※番号や記号等が写らないようコピーするか、判別が出来ないよう塗りつぶして下さい。

注2：受任者様は、受任者様ご本人を確認できる資料（受任者様の免許証、健康保険証、パスポート等）の現物をご持参下さい。

本人様確認のため、拝見もしくはお預かりさせて頂く当委任状、確認資料等は、個人情報保護法の主旨に則り、委任者様のご意思確認及び受任者様をご本人様に間違いのないことの確認のため以外には、一切利用いたしません。