

委任状

幸町 I V F クリニック 院長殿

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

生年月日 _____

代理人連絡先 _____

私は、上記の者を代理人と定め書類受領を委任いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

(自 署)