

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。

年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(自 署)