

委 任 状

令和 年 月 日

埼玉県立小児医療センター病院長 様

代理人 住 所 _____
氏 名 _____
患者との関係 _____

患者である _____（ _____年 _____月 _____日生）の _____年 _____月 _____日の
_____の対応の一切について、当日立ち会う _____に一任します。

委任者 住 所 _____
氏名（父） _____ 印
氏名（母） _____ 印

【注意事項】

※ 委任者は、必ずご自身でのご署名をお願いします。