委 任 状

岐阜メイツ睡眠クリニック　院長　殿

（代理人）　　住　所

氏　名

生年月日　　年　　月　　日

委任者との関係　　（　　）

私は上記の者を代理人と定め、下記事項についてその一切の権限を委任します。

（委任事項）

□初診日
□入院期間
□病　名
□その他

について

年　　月　　日

（委任者）　　住　所

氏　名

生年月日　　年　　月　　日

※※※