

医療機関受診に係る委任状

所属	岩見沢市ファミリーサポートはおはお
会員番号	
住所	
氏名	

私は上記の者を代理人として定め、下記の権限を委任します。

1. 私の子供

の受診の付添及び診療結果を聞くこと。

令和 年 月 日

所 属

依頼会員

会員番号

住 所

氏 名

御中

(※ただし緊急時等は岩見沢市立病院と読み替える)