

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)