

委任状

年 月 日

(申請人)

住 所

電話番号

氏 名

印

生年月日

大・昭・平

年

月

日

私は下記の者を代理人と定め、健康診断結果受け取りの権限を委任いたします。

(代理人)

団 体 名 (もしくは申請人との関係)

住 所

電話番号

氏 名

※申請人の記名・押印は本人自署をお願いします。

代理人は健診結果受け取りの際、窓口にて身分証明書をご提示いただきます。