

委任状

公益財団法人筑波メディカルセンター
つくば総合健診センター宛

_____年 _____月 _____日

【代理人】

住所

氏名

生年月日

電話番号

委任者との関係

私は上記の者を代理人と定め ☐健診記録 ☐領収証明書 に関する一切の権限を委任いたします。

【委任者(受診者本人)】

住所

氏名

生年月日

電話番号

※委任者本人が自署・押印してください。
※代理人の方の身分証明書のご提示・写しを頂戴しております。