**委　任　状**

年　　　月　　　日

■委任者（申請者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 氏名  （自署） |  | ㊞ |
| 生年月日 |  | |

※記名押印または署名

私は、下記の者を代理人と定め、健康診断結果の受領に関する一切の権限を委任します。

■受任者（代理人）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 氏名 |  |

※ 窓口で代理人の本人確認をさせていただきますので、運転免許証・健康保険証・マイナン

バーカード・学生証・パスポート等の本人確認書類をご持参ください。

※ 委任状の内容等が不明の場合、委任者に連絡する場合がありますのでご了承ください。

一般財団法人　石川県予防医学協会