

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

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、窓口にて身分証明をご提示いただきます。

(一財)石川県予防医学協会