

# 委任状

令和 年 月 日

独立行政法人労働者健康安全機構  
熊本労災病院長 殿

## 【委任者(患者)】

住所 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、診断書等の交付申請並びに受領に関する一切の権限を委任します。

## 【受任者(代理人)】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

※代理人の方は、運転免許証、健康保険証、パスポートなどの身分証明書を提示してください。