委 任 状

年　　月　　日

※日付は委任状を記入した日をお書きください

（申請人）

住所

氏名　　㊞

※　朱肉を使用する印鑑で押印してください

昼間の連絡先電話番号

※委任内容について確認させていただく場合があります

私は、下記の者を代理人と定め

☐**健康診断結果報告書**　☐胸部X線　☐胃部X線　☐マンモグラフィ　☐腹部超音波

☐乳腺超音波　☐頸部超音波　☐眼底　☐心電図　☐その他（　　）

の受領を委任します

（代理人）

住所

氏名

※　代理人の方の本人確認をさせていただきます　　代理人の方の本人確認書類をお持ちください

独立行政法人地域医療機能推進機構

松浦中央病院　健康管理センター