委任状

おおいた健康管理センター　殿

（代理人）　住　　所

　　　　　　氏　　名

私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

1. 健康診断書類の受け取り

年　　　月　　　日

（委任者）　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　生年月日

　　　　　　電話番号