

# 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

印

生年月日

電話番号