

委 任 状  
(医療機関用)

私は、特定非営利活動法人いわて子育てネットのサポート会員を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

1. 私の子ども \_\_\_\_\_ の受診の付添及び診断結果を聞くこと。

令和      年      月      日

利用会員番号 \_\_\_\_\_

氏      名 \_\_\_\_\_ 印

住      所 \_\_\_\_\_