**委任状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　 　年　　月　　日

岡山大学病院長　殿

私は、次の者を代理人と定め、検査説明を受けることを委任いたします。

（代理人）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

委任者との続柄

住所

電話番号

（委任者）

氏名

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　 大・昭・平　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

住所

電話番号

委任者、代理人以外の方が代筆した場合は、以下もご記入ください。

（代筆者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

住所

＊代理人として可能なのは、父母、配偶者、子（成人）、兄弟・姉妹（成人）です。

＊代理人の方は身分証明書（保険証・運転免許証等）をご持参ください。

＊本状は原本のみ有効です。