神戸市立医療センター西市民病院長　宛

**委　任　状**

【受任者】

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（間柄：　　　　　　　　）

住所

私は　上記の者を代理人として認め、

【文書名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の作成依頼に関する

権限を委任します。

【委任者（患者氏名）】

住所

氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　-　　　　　　　　　　　　　-