

# 委任状

地方独立行政法人  
筑後市立病院長 殿

私は、下記の者を代理人として、私に関するセカンドオピニオン外来  
についての受診を許可します。  
病院側から受け得る一切の情報提供について、代理人へ権利を委任いた  
します。

代理人氏名： \_\_\_\_\_ (印)

代理人住所： \_\_\_\_\_

年 月 日

委任者（本人自書）： \_\_\_\_\_ (印)