

委任状

年 月 日

新潟リハビリテーション病院 殿

委任者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____ - _____

私は下記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

(1) 文書発行手続きに関する一切の権限

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____ - _____

続 柄 _____