委任状

令和 年 月 日

公益財団法人シルバーリハビリテーション協会
メディカルコート八戸西病院附属
八戸西健診プラザ 殿

(委任者) 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

健康診断結果報告書(再発行)の受け取りを、下記の者に委任します。

記

(受任者) 住 所

氏 名 ⑩

電話番号