

# 委任状

令和 年 月 日

相談者（代理人）

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

性別：男・女

代理人との関係 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関する一切のことを委任することに同意します。

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

⑩

受任者 名寄市立総合病院 院長