委任状

健康ほけん課長　様

代理人

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 |
| 電話番号 |  |
| 委任者との関係 |  |

私は上記の者を代理人と定め、特定健康診査等結果通知の交付にかかる権限を委任します。

委任者（受診者）

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 |
| 電話番号 |  |

※記入は本人が手書きのうえ押印してください。

※電話番号は日中に連絡がとれる番号をご記入ください。

※取得を委任する年度を限定する場合は余白にそのことがわかるようにご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

□特定健康診査等結果通知再交付申請書

□代理人本人であることを確認できる書類のコピー