

# 健康診断借用依頼に関する委任状

令和      年      月      日

一般社団法人 上越医師会

上越地域総合健康管理センター所長 様

<委任者（受診者）>

氏 名 (自署) \_\_\_\_\_

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日生

住 所

電話 \_\_\_\_\_

私は、健康診断等借用依頼に関する一切の手続きを、下記の者に委任いたします。

<受任者（代理人）>

氏 名 (自署)

住 所

電話 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

委任内容（該当する項目の番号に○印をつけてください）

1. 胸部レントゲン
2. 胃部レントゲン
3. マンモグラフィ
4. C T ( 肺 大腸 )
5. 心電図
6. 眼底
7. その他 ( )

※代理人の方は運転免許証またはマイナンバーカードなど個人の証明になるものをご持参ください。

※本状は記載日より30日以内のものをお持ちください。

※本状は原本のみ有効

※受診者に確認を取る場合がありますので予めご了承ください。