

# 各種書類の申し込みに関する委任状

令和 年 月 日

公立西知多総合病院長 様

本人 (委任者)	患者氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	
	電話番号	( ) —

私（委任者）は、公立西知多総合病院が保有する個人情報により作成する書類の申し込みについて、下記の者を代理人（受任者）と定め、委任します。

代理人 (受任者)	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	
	電話番号	