

独立行政法人労働者健康安全機構

九州労災病院 門司メディカルセンター院長 殿

委任状

○ 委任者記入欄

| | | | | |
|---------|-------------|---|---|---------|
| 委任日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 (自書) | _____ 印 | | | |
| 住所 | _____ | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 (満 歳) |
| 連絡先 | 自宅・携帯 _____ | | | |

私は、下記の者を代理人と認め、診断書・証明書等の交付、受領に関する一切の権限を委任いたします。

○ 代理人者記入欄

| | | | | |
|---------|-----------------------------|---|---|---------|
| 氏名 (自書) | _____ 印 | | | |
| 住所 | _____ | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 (満 歳) |
| 連絡先 | 自宅・携帯 _____ | | | |
| 委任者との関係 | 夫・妻・親・子・兄弟・姉妹・その他 (_____) | | | |

*当委任状に記載された個人情報は、診断書・証明書などの交付申請、受領のみ利用いたします。

*代理人の方は身分を証明するもの(運転免許・健康保険証等)をご持参ください。

(コピーを取り裏に添付すること。)

*本書の有効期限は委任日より3か月以内とします。