（一財）北陸予防医学協会　殿

**委　任　状**

年　　　月　　　日

【委任者（申請者）】

住所

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印または署名）

私は下記の者を代理人と定め、健康診断結果証明書の受領に関する一切の権限を委任します。

【受任者（代理人）】

住所

氏名

電話番号

＊代理人の方は、健康診断結果証明書を受け取りの際、運転免許書、パスポートなどの身分証明書をご提示いただきます。