

# 委任状

令和 年 月 日

共立蒲原総合病院健康診断センター  
センター長 殿

## 【代理人】

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の健康診断結果表の再発行等に関する交付申請及び受領に関する一切の権限について委任致します。

## 記

### 【委任事項】 レントゲン画像の受領

胸部 X-P ・ 胃部 X-P ・ 胸部 CT ・ 胃カメラ ・ 大腸カメラ  
腹部超音波 ・ 乳腺超音波 ・ マンモグラフィ ・ 頭部 MRI

以上

## 【委任者】

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 病院記入欄

代理人確認	確認日：R 年 月 日 確認： 済 ・ 未
	免許証・社員証・マイナンバーカード・その他（ ）
	職員確認者： ⑩

(記入例)

委任状

記入日を記載  
してください

令和 8 年 4 月 1 日

共立蒲原総合病院健康診断センター  
センター長 殿

【代理人】

住所： 富士市中之郷 2500-1

氏名： 蒲原 太郎

生年月日： 昭和 58 年 2 月 20 日

電話番号： 0545-81-3325

私は、上記の者を代理人と定め、下記の健康診断結果表の再発行等に関する交付申請及び受領に関する一切の権限について委任致します。

希望する画像に○を  
付けてください

記

【委任事項】

胸部 X-P ・ 胃部 X-P ・ 胸部 CT ・ 胃カメラ ・ 大腸カメラ  
腹部超音波 ・ 乳腺超音波 ・ マンモグラフィ ・ 頭部 MRI

以上

【委任者】

住所： 富士市中之郷 100

氏名： 富士川 太郎

生年月日： 昭和 56 年 4 月 1 日

電話番号： 0545-81-3324

病院記入欄

代理人確認	確認日：R 年 月 日 確認： 済 ・ 未
	免許証・社員証・マイナンバーカード・その他 ( )
	職員確認者： (印)