



医療
法人 友広会

MEDICAL CORPORATION TOMOHIROKAI

西暦 年 月 日

委任状

関西国際空港 PCR 検査クリニック 殿

住所 :
氏名 :
生年月日 : _____ 年 月 日生

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

_____ 検査結果証明書の受け取り _____ の事項について

<代理人>

住所 :

氏名 :

生年月日 : _____ 年 月 日生