

# 委任状

令和 年 月 日

岐阜県厚生農業協同組合連合会  
岐阜・西濃医療センター

西濃厚生病院長 殿

代理人

住 所

氏 名

生年月日

T. S. H 年 月 日 生 性別 男 ・ 女

私は上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することを委任します。

住 所

氏 名

連絡先

【 電話番号 】

代理人との関係