

# 委任状

(医療機関用)

私は、特定非営利活動法人いわて子育てネットのサポート会員を代理人と定め、下記の権限を委任します。

## 記

1. 私の子ども \_\_\_\_\_ の受診の付添及び診断結果を聞くこと。

平成 年 月 日

利用会員番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_