

# 【 健診結果再発行委任状 】

依頼日 年 月 日

私は 年 月 日受診の健診結果 部の再発行を依頼し、  
結果の受け取りを下記の者へ委任します。

## 【 依頼者（健診受診者） 】

氏 名 印

生年月日 年 月 日

住 所

電話番号

## 【 委任される者 】

氏 名 印

生年月日 年 月 日

住 所

電話番号

※ご来院の際には、委任された方の本人確認書類をご持参下さい。  
また、必ずご本人様の直筆にてご記入をお願い致します。

社会医療法人天神会 新古賀クリニック  
健康管理センター