

津市産婦健康診査に係る権限の委任書

令和 年 月 日

(宛先) 津市長

(申請者本人)

住 所 (Address) 〒

津市

ふりがな

氏 名 (Name)

生年月日 (Date of birth)

昭和・平成 年 月 日

電話番号 (Tel)

私は、産婦健康診査にかかる費用の請求及び受領について、産婦健康診査を受ける協力医療機関を代理人と定め、その権限を委任します。

(協力医療機関記入欄)

実施年月日 年 月 日

協力医療機関名

診察医師名