委 任 状

	年	月	日
申請人			
住所			
氏名			印
<u> </u>			<u> </u>
私は下記のものを代理人と定め、榊原記念病院(あるいは榊原	京記念クリニック 京記念クリニック	b) における	セカン
		,	
ドオピニオンの受診を委任します。			
//>			
代理人			
分 元			
住所			
氏名			