

## 受診委任状

所 属	新潟市ファミリー・サポート・センター
会 員 番 号	
住 所	
提供会員氏名	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

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

所 属 新潟市ファミリー・サポート・センター

会 員 番 号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

依 頼 会 員 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(自署・捺印のこと)

\_\_\_\_\_ 病院・医院

【様式第9号】  
新潟市ファミリー・サポート・センター

にいがた市の子育て支援  
ファミサポ