

# 委任状

健康福祉課長 あて

健（検）診結果の直接受け取りが困難なため  
下記の者に受取を委任します。

令和 年 月 日

本人（健（検）診受診者）

氏名

住所 糸田町

生年月日 T・S・H 年 月 日

代理人（結果を受け取る者）

氏名

住所

続柄

連絡先

（電話番号）

※代理人の方の確認のため身分を証明する書類をご持参ください。

（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等、公的機関から発行されているものいずれかひとつ）

○結果によっては、保健センターよりご本人へ電話等にてご連絡する場合がございます。ご協力をお願いします。