



Belier Hill

委任状

ベリエの丘クリニック 殿

私は次の者を代理人と定め、下記の行為の権限を委任いたします。

代理人

氏名：

住所：

本人との関係：

※代理人の方は保険証・免許証等、代理人の方が確認できる公的身分証明書をお持ちください。

内容

年 月 日

診察券番号：

氏名（自筆署名）：

印

住所：

ベリエの丘クリニック

〒206-0824 東京都稲城市若葉台 2-14-2 TEL: 042-350-7350 (代表)

<http://www.belier-cl.jp/>