

委任状

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
総合病院 聖隷浜松病院 宛

私は以下の者を代理人と定め 精子・卵子・胚の廃棄 に関する下記の権限を委任します。
(○をつける)

委任状作成日： 年 月 日

委任する人

氏名 (自署) : _____ ㊟

生年月日 : _____ 年 月 日

住 所 : _____

電話番号 : _____

委任される人 (来院する人)

氏 名 : _____

委任者との関係 : _____

生年月日 : _____ 年 月 日

住 所 : _____

電話番号 : _____

※委任された方がリプロダクションセンターまでお越し下さい。

記

聖隷浜松病院において、以下の日に依頼する同意書に関する一切の権限

廃棄手続き日 : _____ 年 月 日 |
(来院予定日)