

# 委任状

受任者 所属先住所

氏名

職種

---

私は上記の者を代理人と定め、下記の事項について委任します。

## 記

- 一、「患者」の  
受診の同行とボトックス治療に関する判断とそれに関する事項

以上

年 月 日

委任者住所：

委任者氏名：

印

患者様との続柄

委任者電話番号（昼間電話に出れる番号）：

※お電話で確認をさせていただく場合がございますので、日中に 連絡のとれる電話番号を御記入ください。