

委 任 状

所属	葉山町ファミリー・サポート・センター
支援会員番号	
支援会員氏名	
支援会員住所	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

私の子ども_____の受信の付き添い及び診断結果を聞くこと。

依頼会員との連絡が取れず医師への受診等の処置をする場合も、医師の判断を了承します。

委任登録日 年 月 日

葉山町ファミリーサポートセンター 依頼会員

依頼会員番号: 依頼会員名:

依頼会員住所: _____

御中

委 任 状

所属	葉山町ファミリー・サポート・センター
支援会員番号	
支援会員氏名	
支援会員住所	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

私の子ども_____の受信の付き添い及び診断結果を聞くこと。

依頼会員との連絡が取れず医師への受診等の処置をする場合も、医師の判断を了承します。

委任登録日 年 月 日

葉山町ファミリーサポートセンター 依頼会員

依頼会員番号: 依頼会員名:

依頼会員住所: _____

御中
