

病院（施設）長代理証明書

住 所

氏 名

上記の者は、私の代理人であることを証明する。

理由

- （例）
- 1 私が候補者となった
 - 2 私は外国人である
 - 3 私に事故があった
 - 4 病院長（施設の長）が欠けている

2026年 月 日

所在地

病院（施設）長

氏 名



（注）理由 4 の場合は病院（施設）長職務代理者が証明する。