**委　任　状**

**私は次の者を代理人と定め、次の権限を委任します。**

**１　特定医療費支給認定申請に係る権限**

**２　臨床調査個人票の研究利用の同意に係る権限**

**受任者**

住所：

氏名：

受給者との続柄：

**委任者**

住所：

　氏名：

**年　　　月　　　日**

（委任状の作成年月日）