

医療法人財団 小畑会 浜田病院
病院長 殿

令和 年 月 日

【代理人】

診察券番号 妻（パートナー）氏名

私は上記の者を代理人と定め、私の精液提出の権限を委任致します。

【委任者】

診察券番号 夫（パートナー）氏名 自署

住所 〒

電話番号 （日中ご連絡がとれる電話番号をご記入下さい）

- ・委任状は必ず委任者本人の直筆をお願いします。
- ・代理人は必ず妻（パートナー）のみとします。
- ・委任は各当事者がいつでもその解除をすることができます。
- ・委任内容に疑義が生じた際は、委任者に電話連絡する場合があります。
- ・この委任状の提出がない場合、代理人が精液提出できませんのでご注意ください。

※ 精液提出を委任する際は、原則その都度ご提出下さい。