

年 月 日

(公財) 岩手県対がん協会

いわて健康管理センター 宛

住 所 .....

氏 名 ..... 印

電話番号 .....

## 健康診断結果票の再交付について

年 月 日に受診した健康診断の結果票を紛失したため、身分証明書を添付のうえ、再交付を依頼します。

(公財) 岩手県対がん協会

いわて健康管理センター 宛

住 所

氏 名

㊞

電話番号

## 委 任 状

健康診断結果票の再発行及び受け取りを、下記の者に委任します。

記

住 所

氏 名

㊞

電話番号