

委任状

会員番号 _____

氏 名 _____

私は上記の者を代理人と定め、下記のとおり委任します。
（委任する内容を記載）

私の子ども（ _____ ）の医療機関（ _____ ）
への受診代行及び診断結果を聞くこと

上記医療機関への受診が難しい場合、ファミリー・サポート・センター
＜熊本＞が連携している医療機関への受診代行及び診断結果を聞くこと

私の子ども（ _____ ）の病児保育室（ _____ ）
への送迎

私の子ども（ _____ ）の保育所等（ _____ ）
への送迎

年 月 日

ファミリー・サポート・センター＜熊本＞

会員番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先（携帯電話番号） _____

※協力会員は、この委任状を会員証とともに、相手先へご提示ください。