

年 月 日

医療法人社団胡蝶会メディカルポスト殿

委任状

代理人(受任者)

住所

氏名

_____の処方の際し、令和 年 月 日付けで、支払いを上記の者に委託致します。

提示するクレジットカード情報は、保護者であることに間違いありません。

以上

本人(委任者)

住所

氏名