委　任　状

令和　　年　　月　　日

夕陽丘動物病院　御中

(代理人)

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　　年　　月　　日

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委任者との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項について委任します。

記

・下記の動物に関する診察・検査・治療・手術・会計・入院・ホテル等の一切の手続き。

動物名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委任期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

※長期間委任される場合にご記入ください。

以上

(委任者)

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿