**様式④(依頼会員→支援会員)**

緊　急　援　助　活　動　委　任　状

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | ずしファミリー・サポート・センター |
| 会員番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

１．私の子ども（　　　　　　　　　　　　　　　　　）の受診の付添い、診断結果を聞くこと。

　　　　年　　　月　　　日

ずしファミリー・サポート・センター

会員番号

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）御中