

委任状

社会医療法人 寿楽会 大野記念病院
病院長殿

年 月 日

【代理人】

氏名 印

患者との関係

住所

電話

私は、上記の者を代理人として、私に関する診療記録の開示請求をし、閲覧及び写しの交付等を受ける権限を委任します。

【委任者（患者）】

氏名 印

生年月日 年 月 日

住所

電話

※患者さん本人が署名出来ない場合は、記載出来ない旨を下記に記載ください。

備考

- ※ 患者さん本人が署名してください。記載出来ない場合は理由を記載ください。
- ※ 委任者の方にご確認を取る場合がありますので、予めご了承ください。
- ※ 本状は原本のみ有効です。
- ※ 本状は、記載日より3ヶ月以内のものをお持ちください。