

委任状

私は、

(代理人氏名) _____ (患者本人との関係) _____)

(住所) _____

(電話番号) () - () - ()

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療記録等の開示に関する件

平成 年 月 日

委任者・患者本人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生

(註) 委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明するものの提出を

求めることがあります。