

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
病院長 殿

委任状

私は

(代理人氏名) (患者様ご本人との関係)

(住所)

(電話番号)

を代理人として、診療記録の開示を申請し、複写の交付を受ける件を委任します。

年 月 日

委任者 (患者様自署) 住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日生