

委 任 状

【代理人】

(代理人氏名) _____ (患者様ご本人との関係) _____

(住所) _____

(連絡先) _____

を代理人と定め、診療記録の開示を申請し、複写の交付を受ける一切の権限を委任します。

委任日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【委任者】（患者様自署）

(氏名) _____ 印（代理人記載の場合印必要）

(住所) _____

(連絡先) _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

~~~~申請者本人による記載が困難な場合のみ、以下の欄をご記入ください~~~~

上記【代理人】【委任者】の記載は、以下の理由により代理人が代筆しました。

・代筆理由： \_\_\_\_\_

・代筆者氏名： \_\_\_\_\_

・代筆年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日