

委任状

道北勤医協一条通病院 院長殿

私は、

代理人氏名 _____ 患者との続柄 _____

住 所 _____

を代理人として、下記の事項を委任します。

記

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

住 所 _____

に関する診療記録の開示を申請し、閲覧または写しの交付を受ける件

年 _____ 月 _____ 日

委任者（自署） _____ ⑩

住 所 _____

電話番号 _____

注）委任状の他に、患者さんと代理人の方との関係を証明する書類の提出をお願い致します。

また、患者さんご本人に確認のお電話をさせていただきますのでご了承ください。