

様式 2

委 任 状

私は、

代理人（患者さま自筆でお書き下さい）

氏 名：

住 所：

電話番号：（ ）

患者との関係：

氏 名：

住 所：

電話番号：（ ）

患者との関係：

を代理人として、次の事項を委任致します。

記

私に関する診療記録等の診療情報の開示を申請する件、

（西暦） 年 月 日

委 任 者（患者さま自筆でお書き下さい）

氏 名：（印）

生年月日：和暦・西暦 年 月 日

住 所：

電話番号：（ ）