

委任状

高知県立あき総合病院 院長 殿

私は、下記の者を代理人として、私の診療記録の開示請求及び写しの交付に関わる一切の権限を委任します。

(代理人：自署)

代理人氏名 _____ (患者本人との関係： _____)

(住所) 〒 _____

(電話番号) _____

年 月 日

(委任者または患者本人：自署)

委任者または

患者本人氏名 _____

(住所) 〒 _____

(電話番号) _____

※委任者または患者本人が自署できない場合は、その理由
