

委 任 状

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

患者 _____ の診療記録開示請求に係る一切の権限

年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____ 印

患者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

(注1) 委任状は、申込日前30日以内に作成されたものに限りします。

(注2) 次のいずれかの措置をとってください。

- ① 委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限りします。）を添付する。
- ② 委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。

(注3) 確認のため、委任者に連絡をする場合があります。

あらかじめご了承ください