

委任状

私は、

代理人氏名 _____

住 所 _____

を代理人として、下記の事項を委任します。

記

患者名

私（_____）に関する診療情報の開示を請求し、
閲覧及び写しの交付などを受ける件について。

東京新宿メディカルセンター院長 殿

平成 年 月 日

委任者（患者本人）

住 所 _____

氏 名 （自署） _____

※氏名は、委任者（患者本人）が署名してください。

生 年 月 日 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生

（注意）委任状のほかに患者本人と代理人との関係を証明するものの提出を求めることがあります。