

委任状

医療法人 竹村医学研究会（財団） 小阪産病院

病院長 越智 博 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： 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生

住 所：

に関する診療記録・診療情報の開示を申請し、閲覧および写しの交付を受ける件について。

委任者署名（患者本人もしくは法定代理人）

署名（自筆）： 印

年 月 日

（注）委任状のほかに、患者様と代理人の方との関係を証明するものの提出をお願いします。