

委 任 状

私は、

（代理人氏名）

（患者本人との関係）

（代理人の電話番号）

（ ）

を代理人として次の事項を委任します。

記

私に関する診療情報等の提供

- ・ 診療記録等の謄写
- ・ その他

を申請する件

年 月 日

委任者・患者本人 住所（〒 ー ）

氏名（必ず、患者様本人がご記入ください。）

生年月日

明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）

委任状の他に、患者様と代理人との関係を証明するものの提出を求めています。