

(様式2)

## 委任状

医療法人徳洲会 皆野病院  
病院長殿

年 月 日

【代理人】

氏 名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人として、下記の事項を委任します。

### 記

私に関する診療記録の開示請求をし、閲覧及び写しの交付等を受けることについて。

【委任者（患者）】

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

- ※ 患者様本人が署名してください。
- ※ 患者様の実印を押印し、印鑑登録証明書を添付してください（申込日から3か月以内に発行されたもの）。