

委任状

淀川キリスト教病院 院長 殿

【代理人】

氏名 _____ 患者との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

私は、上記の者を代理人と定め、私の診療記録開示に関する申請、及び受領について、
一切の権限を委任します。

委任年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

【委任者】

氏名（自署） _____

住所 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日