

(様式2)

## 委任状

私は、

|     |          |     |
|-----|----------|-----|
| 代理人 | 氏 名      |     |
|     | 患者本人との関係 |     |
|     | 住 所      | 〒 - |
|     | 電話番号     | - - |

を代理人として、私の診療情報の開示について委任します。

令和 年 月 日

|               |      |          |
|---------------|------|----------|
| 委任者<br>(患者本人) | 氏 名  | ⑩        |
|               | 生年月日 | 年 月 日生まれ |
|               | 住 所  | 〒 -      |
|               | 電話番号 | - -      |

(注)

- ・委任者（患者本人）欄は患者さまご本人が記入してください。
- ・委任状の他に、患者さまご本人と代理人と間柄を示す証明書類の提出が必要です。
- ・委任状は、任意の様式に記載していただくことも可能です。