

(様式2)

委任状

埼玉医療生活協同組合 皆野病院長 殿

20 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 〒 _____

- ※ 患者さんご本人が署名してください。
- ※ 患者さんの実印を押印し、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）