

様式 2

## 委 任 状（同意書）

雄勝中央病院 院長 殿

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、私の診療記録等の開示請求について委任（同意）いたします。

-----  
同意欄

自筆にてご記入下さい

年 月 日

委任者（患者本人）

（氏 名） \_\_\_\_\_ 印

（生年月日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

（住 所） 〒 \_\_\_\_\_

（電話番号）（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

（注1）患者さんと代理人との関係を証明するものの提出が必要です。

（注2）患者さん本人が故人である場合には、ご親族の方が委任者となり弁護士等の代理人に委任する場合に必要です。