

[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、次の事項を委任します。

## 記

患者 \_\_\_\_\_ に関する診療記録の閲覧・謄写などを請求し、写しなどの交付を受ける件。

平成 年 月 日

委任者・患者本人

住所

氏名 (自署)

生年月日

明治・大正・昭和・平成

年

月

日

生

(注) 委任状のほかに、患者本人と代理人との関係を証明する書類および代理人の身分を証明する書類が必要です。