

(参考様式)

# 委任状

記入日 令和 年 月 日

(患者)

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 住 所               | 〒 -               |
| 患者氏名 (本人)<br>(自署) | 印                 |
| 生年月日              | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |

(代諾者)

患者本人が未成年、意思表示困難、または亡くなられている場合は以下をご記入ください。

※この場合、上記「患者氏名」欄は代諾者が代筆し、印鑑は省略可能です。

|               |     |
|---------------|-----|
| 住 所           | 〒 - |
| 代諾者氏名<br>(自署) | 印   |
| 患者との関係        |     |

私は、下記の者に、診療情報開示請求を委任します。

記

(代理人)

|        |     |
|--------|-----|
| 住 所    | 〒 - |
| 電話番号   |     |
| 氏 名    |     |
| 患者との関係 |     |