

委任状

代理人

氏名： _____ (続柄) _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

連絡先(電話)： _____

わたしは、上に掲げるものを代理人と定め、診療情報(カルテ)開示手続きに関する一切の権限を委譲します。

委任者（患者名・自署してください）

西暦： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____ (診察券番号) _____

住所： _____

連絡先(電話)： _____

自署できない場合はその理由

委任状の有効期限は委任者が記載した翌日から起算して 90 日以内となります。

【当院使用欄】

受領日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 受領者： _____