

# 委 任 状

P L 病院院長 殿

私は、

(氏 名) \_\_\_\_\_ (患者から見た続柄: \_\_\_\_\_)

(住 所) \_\_\_\_\_

を代理人と定め、私に関する診療記録等の開示を申請し、写しなどの交付を受けることを委任いたします。

(西暦) 年 月 日

患者本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦) 年 月 日生 \_\_\_\_\_

必ず全てを患者本人が自署してください。

また、本委任状は、今回の開示申し込みに限り有効です。

(注1) 患者の代理人 (申込時に患者が満15歳以上の場合の未成年者の親権者・未成年後見人、患者から代理権を与えられた方) が診療記録等の開示を申請する場合は本委任状を診療記録等の開示申込書に添付してください。

(注2) 弁護士等の職業代理人は、弁護士資格等が確認できる書類の複写を添付してください。