

委任状

年 月 日

医療法人公仁会 殿

私は、下記の者を代理人と定め、貴院における私の診療記録等の開示請求手続き、および開示内容の受領に関する一切の権限を委任いたします。

【代理人】

氏 名： _____
住 所： _____
生 年 月 日： _____
連 絡 先： _____
委任者との関係： _____

【委任事項】

貴院に保管されている私に関する以下の情報の開示請求および受領
診療録（カルテ）、検査結果、画像データ、処方内容、その他一切の診療記
録、診療記録以外の提出書類

【開示を希望する期間】

[年 月 日 ～ 年 月 日まで]
※全期間を希望する場合は「全期間」と記入してください。

【委任者（患者本人）】（※以下は必ず患者本人が手書きで署名し、押印してください）

氏 名： _____ [印]
住 所： _____
生 年 月 日： _____
連 絡 先： _____