

委 任 状

年 月 日

【患者さん記入欄】 ※必ず患者さん本人が自署して下さい。

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人として定めます。

また私に関する診療記録の閲覧・謄写等を申請し、写し等の交付を受けることを委任します。

【代理人記入欄】

代理人氏名 _____ 患者本人との関係 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

(注) 代理人の方の身分証明書を当該様式に添付し提出して下さい。
当該様式受付後、当院担当者より患者さんご本人へ電話連絡にて意思確認を行わせて頂く場合があります。
本委任状を解除される場合は、速やかに書面にてお知らせください。

(準用) 介護施設に関する場合は、本書中の文言を適宜、読み替えるものとします。