

委任状

赤羽リハビリテーション病院

病院長 殿

私は、

代理人氏名 _____ 患者との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

を代理人として、下記の事項を委任します。

記

私に関する診療記録の開示を申請し、閲覧及び写しなどの交付を受ける件について

年 月 日

委任者（患者本人）

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

※ 委任状の記入は原則自筆となります。但し、患者本人の事情で自筆記入が出来ない場合、以下をご記入ください。

代筆者氏名 _____

自筆出来ない理由 _____

※ 本委任状は、依頼日より3ヶ月を有効と致します。