## 委 任 状

赤羽リハビリテージ	ンヨン病院					
病院長 殿						
私は、						
代理人氏名						
住所						
電話番号						
		を代理	里人として、	、下記の事	項を委任し	、ます。
		Ē	Ţ			
私に関する診療記録	录の開示を	申請し、閲	覧及び写	しなどの交	付を受ける	件につ
				年	月	E
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	います。但	し、患者本	人の事情で	自筆記入がと	出来ない
場合、以下をご訂	己入ください	<b>)</b> °				
代筆者氏名						

※ 本委任状は、依頼日より3ヶ月を有効と致します。

自筆出来ない理由