

様式4

## 委任状

私は、

(代理人氏名) \_\_\_\_\_ (患者本人との関係 \_\_\_\_\_ )

(住所) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

を代理人として、次の事項を委任します。

記

### 私に関する診療記録等の開示に関する件

(開示を請求する内容および理由)

(希望する開示方法)

閲覧  コピー  CD等の媒体

平成 年 月 日

委任者・患者本人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 (自筆) \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生

(注) 委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明するものの提出を  
求めることがあります。