

# 委任状

年 月 日

私は、代理人に関して以下の者

住所

電話 FAX

氏名 印

を代理人として、下記の事項を委任します。

(患者) (M.T.S.H.R. 年 月 日生・男・女) に関する

診療記録の閲覧・謄写等を申請し、複写等の交付を受ける件

## 委任者

(本人の場合 直筆)

住所

電話 FAX

氏名 印

患者との続柄

- ※・患者本人と委任者と代理人（親族の場合）の関係を証明する書類を提出して下さい
- ・法定代理人の場合、法定代理人を証明する書類を提出して下さい
  - ・遺族の場合は、患者本人との関係がわかる戸籍謄本を提出して下さい