

診療記録の開示申出に伴う委任状

私は、

受任者 住所 島原市下川尻町 7895 番地
(開示申出者)
氏名 病院 花子

に、次の事項を委任します。

記

私に関する診療記録の開示を申し出、閲覧又は写し等の交付を受ける件

長崎県島原病院長 様

令和 元年 5月 1日

委任者 住所 島原市下川尻町 7895 番地
(患者本人)
氏名 病院太郎 ⑩

- (注) 1 患者本人が、自筆で記入してください。
2 委任者の実印の押印及び印鑑証明書を提出していただくことがあります。