

# 委任状

公立西知多総合病院 宛

私は、下記の者を代理人と定め、公立西知多総合病院の保有する診療記録の開示手続に関する権限を委任します。

記

令和 年 月 日

(代理人) 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 患者本人との関係 ( \_\_\_\_\_ )

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

以上

(委任者) 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

(患者本人による委任が困難な場合)

私は、以下の通り、患者 (氏名) \_\_\_\_\_ の状況を申し出ます。

患者本人の状況 (委任が困難な理由) (□にチェックを記入)

死亡     15歳未満の未成年者 (親権者による請求)

その他 (病状等) ( \_\_\_\_\_ )

令和 年 月 日

申出者氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 患者本人との関係 ( \_\_\_\_\_ )