

委任状

豊見城中央病院 病院長 殿

私は、

(委任の理由) _____ のため、

(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

私に関する診療情報の謄写などを申請し、写しなどの交付を受ける件

年 月 日

委任者・患者本人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

西暦 明治 大正

生年月日 昭和 平成 年 月 日生

(注1)委任者・患者本人欄は、患者様ご本人が署名押印してください。ただし、患者様ご本人が署名出来ない場合押印した印の印鑑証明書を添付して下さい。

(注2)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。

(注3)委任状の有効期限は3ヶ月とし、3ヶ月を経過したものは無効とします。