

委任状

勝どきはやみ皮ふ科
院長 殿

私は、患者本人の代理人として、下記事項の委任を受けます。

【代理人記入欄】 記入日： 年 月 日

1. 代理人(受任者)情報

氏名	
住所	
連絡先電話番号	
患者様との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 父母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 弁護士 ☐ 保険会社担当者 ☐ その他()

記

私（患者本人）に関する診療記録開示を申請する件

私は上記代理人に、私に代わり「私（患者本人）に関する診療記録開示を申請する件」を委任します。

【委任者(患者ご本人様)記入欄】 記入日： 年 月 日

2. 委任者（患者本人）情報

ID/氏名	ID 氏名
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
住所	
連絡先電話番号	

※原則として、委任者ご本人様による自署をお願いいたします。

※ご本人の意思確認のため、お電話等でご連絡を差し上げる場合がございます。

①本書の有効期限は3ヶ月間といたします。3ヶ月を経過した場合は再度作成が必要になります。

②委任者、代理人それぞれの身分が証明できる公的証明書の提出をお願いいたします。