

様式2

委任状
(診療記録の開示等)

令和 年 月 日

代理人氏名 _____.

代理人住名 _____.

代理人電話番号 _____.

患者様との関係(該当する番号を○囲みしてください。)

1. 患者様の法定代理
2. 患者様ご本から代理権を与えられたご親族
3. 患者様のお世話をしている親族又はこれに準ずる方
4. 家庭裁判所による任意後見監督人の選任がなされた患者様の任意後見人
5. 死亡した患者様の法定相続人
6. その他 ()

私 _____ は、上記の者を代理人として、私に関する診療記録等の閲覧・複写などを申請し、写しなどの交付を受けることを委任します。

委任者氏名(患者様本人が、ご自分でお書きください)

_____ 印

委任者住所 _____.

委任者生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

★個人情報保護法のため、委任状のほかに、患者様と代理人との関係を証明する書類等の提示を求める場合がありますので、ご了承ください。

★ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

医療法人社団 竜山会 金沢古府記念病院

電話 076-240-3555

受付日時 平日 8:30 ~ 17:30

土曜日 8:30 ~ 12:30 (日・祝日・年末年始を除く。)