

# 委任状

私は、

(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(患者本人)に関する診療記録等の閲覧・複写に関する全ての権限

委任依頼日 年 月 日

委任者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(生年月日) 明・大・昭・平・令 年 月 日

### 【注意事項】

※本委任状の有効期限は委任依頼日から3か月間とし、3か月を経過したものは無効といたします。

※消せるペンでの記入はお控えください。