

医療法人相生会 福岡みらい病院
病院長 殿

委任状（同意書）

私は、

（代理人氏名）

（患者本人との関係）

（住 所）

（電話番号） （ ） ー

を代理人として、私の診療記録の開示について委任（同意）いたします。

年 月 日

委任者（患者本人）

患者さんご本人がご記入ください

氏名

印

生年月日 年 月 日生

住所 〒 ー

電話番号 （ ） ー

（注）委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明する書類が必要です。