委　任　状

　代理人　住所

　　　　　氏名

年　　月　　日生

私は上記のものを代理人と定め、次の権限を委任します。

　委任事項

　　・　診療情報等の医療記録の開示請求の手続に関すること。

年　月　日

　本人　住所

　　　　氏名

　　　　（署名又は記名押印してください。スタンプ印は不可）