

作成日 年 月 日

東京医科大学病院 病院長 殿

委任状

【代理人】

氏名(自署): _____ (患者との関係)

住所: _____

電話番号: _____

私は、上記の者を代理人と定め、診療記録(カルテ)開示申請・受取を委任いたします。

記

【委任者(患者)】

氏名(自署): _____

住所: _____

電話番号: _____

※ 本委任状は作成日から6か月間有効です。

※ 原本のみ有効といたします。(コピー不可)