

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)