

# 委任状

<1>

西暦 年 月 日

聖路加国際病院 病院長 殿

私は、下記の者を代理人と定め、診療記録等の開示について申請及び受取りを委任します。

## 記

代理人氏名: \_\_\_\_\_

代理人住所: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号(自宅・携帯): \_\_\_\_\_

\* 代理人の方は保険証・免許証等、記載事項を確認できる身分証をお持ちください。

患者氏名(自署・捺印): \_\_\_\_\_ 印

患者住所: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号(自宅・携帯): \_\_\_\_\_

\* 本状は記載日より3ヵ月以内にお持ちください。

\* 本状は原本のみ有効です。

以上