

(様式2)

委任状

鈴鹿医療科学大学附属桜の森病院
院長様

【代理人】

氏 名 _____

患者との関係 _____

住 所 〒 _____

電 話 番 号 (_____) _____

私は、上記の者を代理人として、下記の事項を委任します。

記

私に関する診療等の開示請求をし、閲覧を及び写しの交付等を受ける件

【委任者（患者本人）】

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様ご自身で
ご記入下さい。

氏 名 _____ (印)

生 年 月 日 大・昭・平・令 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____

電 話 番 号 (_____) _____

- ・ 作成日より3か月以内有効。
- ・ 委任状のほか、代理人の身分証明書と患者様と代理人の関係を証明するもののご提示をお願いします。