

委任状

独立行政法人国立病院機構
村山医療センター 病院長 殿

私は、

氏 名 _____ 患者本人との関係 _____

住 所 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

を代理人として、下記の事項を委任します。

記

患者氏名 _____

生年月日 _____

住 所 _____

に関する診療記録の開示を申請し、閲覧および写しの交付等を受ける件について。

年 月 日

委任者（患者もしくは親族、法定代理人）

☐ ①本人 ☐ ②家族 ☐ ③遺族 ☐ ④法定代理人

署名 _____ 印 _____

住所 _____