委任状

医療法人社団　土田病院

院長 　佐々木　寿誉 　様

委任者（患者様）

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所

私（委任者）は、次の者を代理人と定め、貴院が保管する私の診療記録等の開示

請求手続に関する一切の件について委任します。

代理人氏名

代理人住所

委任者（患者様）との関係又は続柄

令和　　 　年　　 　月　 　　日