

委任状

大阪市立総合医療センター 病院長様

※消せないボールペンでご記入ください。

代理人

氏名

委任者との関係

住所

生年月日 年 月 日 生

電話番号 () - () - ()

私は上記の者を代理人と定め、下記の事項について委任します。

記

私に関する診療情報提供申請及び当該記録の閲覧・写しの受領について委任します。

委任年月日 年 月 日

委任者

氏名

印 (自署の場合は印鑑不要)

※必ず患者さんご本人が署名又は記名・押印してください。

住所

生年月日 年 月 日 生

電話番号 () - () - ()