

## 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

患者

に関する診療情報提供(カルテ開示)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)

患者本人との続柄

住所

生年月日 年 月 日 生

電話番号 ( ) - ( ) - ( )