

診療情報開示に関する委任状

私は、下記の者を代理人と定め、柴田病院に対し、私の診療情報の開示手続きを一任いたします。

●本人（診療情報の対象者）

氏 名： _____
生 年 月 日： _____年____月____日
住 所：〒 _____
電 話 番 号： _____

●代理人（委任を受ける方）

氏 名： _____
本人との関係： _____
生 年 月 日： _____年____月____日
住 所：〒 _____
電 話 番 号： _____

●委任の内容

下記の診療情報の開示を受ける権限を委任します。
詳細は、診療情報開示申請書に記載します。

委任日： _____年____月____日

本人署名： _____（直筆）

代理人署名： _____（直筆）