

委任状（診療記録に係る申請・受取）

令和 年 月 日

日本赤十字社長崎原爆諫早病院長 様

【委任者（患者）】

氏名（自署）： _____ 印

生年月日： _____ 年 月 日

住 所： _____

電話番号： _____

私は、次のものを代理人と定め、診療記録の開示申請並びに受領に関する一切の権限を委任します。

【受任者（代理人）】

氏 名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

委任者との関係： _____

※委任状のほか、患者さんとのご関係を証明するもの（戸籍謄本等）をご持参ください。

※代理人の方は、マイナンバーカード・健康保険証・免許証・パスポートなどの身分証明書をご持参ください。

※本状は記載日より3ヶ月以内のものをお持ちください。

※本状は原本のみ有効です。

※患者さんに確認を取る場合がありますので予めご了承ください。