

委任状

町田市病院事業管理者 様

_____年 _____月 _____日

私は、

代理人	氏名	
	患者との関係	
	住所	
	電話番号	— —

を代理人とし、私の診療記録の開示について委任いたします。

※患者さんご本人がご記入ください。

委任者 (患者本人)	氏名	
	生年月日	_____年 _____月 _____日生
	診察券番号	
	住所	
	電話番号	— —

※委任者（患者本人）の本人確認書類（運転免許証等）のコピーを添付してください。