

[様式第5号]

年 月 日

日本医科大学武蔵小杉病院  
院長 谷合 信彦 殿

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

## 委 任 状

私は、

代理人氏名 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人連絡先 \_\_\_\_\_

請求者との関係 \_\_\_\_\_

を代理人として、診療記録の開示手続きに関する権限を委任します。

\* 代理人は、本人の証明(運転免許証、旅券、健康保険証など)と請求者(患者)との関係を証明できる書類(戸籍謄本など)の提示が必要です。