

〔様式第 2 号〕

年 月 日

委 任 状

日本医科大学武蔵小杉病院 院長殿

（委任者：患者本人）

氏名（自署）㊞

住所（〒 — ）

連絡先（電話番号）

私は、下記の者を代理人として、私の診療記録等の開示請求及び写し（コピー等）の交付に関する一切の権限を委任します。

記

（代理人）

氏名㊞（患者との関係）

住所（〒 — ）

連絡先（電話番号）

以上

※作成日より 3 カ月以内有効

記入見本

①日付を必ず記入して下さい。

20XX年 ○ 月 △ 日

委任状

日本医科大学武蔵小杉病院 院長殿

②委任者：患者本人の自署で記入して下さい。

氏名（押印必須）、住所、連絡のとれる番号

※担当者よりご連絡する場合があります。

（委任者：患者本人）

氏名（自署） 小杉 太郎 

住所（〒211-0026）川崎市中原区小杉町1丁目〇〇

連絡先（電話番号） XXX-〇〇〇〇-△△△△

私は、下記の者を代理人として、私の診療記録等の開示請求及び写し（コピー）の交付に関する一切の権限を委任します。

記

③代理人の氏名、住所、連絡先を記入して下さい。

（代理人）

氏名 小杉 花子 （患者との関係） 妻

住所（〒211-0026）川崎市中原区小杉町1丁目〇〇

連絡先（電話番号） XXX-〇〇〇〇-△△△△

以上

※作成日より3カ月以内有効