

# 委任状（診療記録の開示に係る申請・受取）

令和 年 月 日

日本赤十字社長崎原爆病院長 様

## 【委任者（患者）】

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、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： \_\_\_\_\_

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

※代理人の方は、健康保険証・運転免許証・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。

※委任者に確認を取る場合がありますので予めご了承ください。