

委任状（同意書）（診療記録等の開示に係る申請・受取）

年 月 日

日本赤十字社前橋赤十字病院長 様

【委任者（患者）】

氏名（自署）： _____

生年月日： _____ 年 月 日生

住所： _____

電話番号： _____

私は、次の者を受任者（代理人）と定め、「開示対象者」の診療記録等の開示申請並びに受取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 _____

（注）

- *受任者（代理人）の方は、弁護士登録証、社員証、運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなどの身分証明証をご持参ください。
- *本状の他に、患者さんとのご関係を証明するもの（戸籍謄本・住民票等）の提出を求めることがあります。
- *本状は記載日より概ね3ヶ月以内のものをお持ちください。