

## 委任状

私は、

(代理人氏名) \_\_\_\_\_ (患者との関係) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

を代理人として、次の事項を委任します。

### 記

新潟万代病院における私に関する診療記録等の閲覧、複写等について同病院に申請し、その提供を受ける件

年 月 日

委任者・患者本人 住所 \_\_\_\_\_

※氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

※氏名は、患者さんご本人がお書きください