

委任状・同意書

社会医療法人シマダ 嶋田病院
院長 殿

年 月 日

患者氏名

生年月日

私（委任者）は、上記患者の診療記録等の開示について、下記の者を代理人として申請手続きを委任し、代理人に診療記録等が開示される事に同意します。

【代理人】

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

電話番号 _____

【委任者】

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

電話番号 _____

患者との関係 _____