

委任状・同意書

社会医療法人シマダ 嶋田病院
院長 西村 一宣 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 _____