

同意書（委任状）

令和 年 月 日

医療法人 天和会  
松田病院長 様

【代理人】

氏 名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

私は、上記のものを代理人として、下記の事項を委任します。

記

私に関する診療記録の開示請求をし、写しの交付を受けることについて

【委任者（患者）】

氏 名（自署） \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_