

委任状
(診療記録の開示等)

令和 年 月 日

代理人 _____

代理人住所 _____

代理人電話番号 _____

患者様との関係 _____

※代理人の方は身分証明書（マイナンバー・免許証・パスポート等、（※顔写真付きの証明書））・患者様との関係性を証明する書類・公的機関からの証明書をお持ち下さい。

私 _____ は、上記の者を代理人として、私に関する診療記録等の閲覧・複写などを申請し、写しなどの交付を受けることを委任します。

委任者（本人）氏名（患者様本人が、ご自分でお書き下さい。※ご記入出来ない場合は代筆者様がお書き下さい）

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

(代筆者) _____ (続柄) _____

※本人（委任者）が自筆できない場合は、その理由

(注)「自筆できない理由」とは、身体的理由により自筆できないことを指し、「仕事
中のため書けない」「高齢のため書けない」は、理由として認められません。

○委任状の原本は、返却できません。

○委任状原本及び身分証明書・その他の必要書類の提出がない場合、お申し込みを受けることはできませんので、ご了承下さい。

○委任状は手続申込の都度、必要となります。