

[様式第5号]

年 月 日

日本医科大学武蔵小杉病院
院長 谷合 信彦 殿

氏 名 _____ 印
住 所 _____
電話番号 _____

委 任 状

私は、

代理人氏名 _____

代理人住所 _____

代理人連絡先 _____

請求者との関係 _____

を代理人として、診療記録の開示手続きに関する権限を委任します。

* 代理人は、本人の証明(運転免許証、旅券、健康保険証など)と請求者(患者)との関係を証明できる書類(戸籍謄本など)の提示が必要です。