

# 診療記録開示委任状

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

【受任者（代理人）】

住所〒

氏名

生年月日 西暦 年 月 日

電話番号

患者との関係

私は上記の者を代理人とし、診療記録開示の申請並びに受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日（記入日）

【委任者（患者）】

住所〒

氏名

⑩

生年月日 西暦 年 月 日

電話番号

※本委任状は、記入日から3か月間有効といたします。

※代理人の方は、運転免許証、パスポート等の身分証明書を提示してください。

※本委任状のほか、患者様と代理人との関係を証明する書類の提出を求めています。

※患者様は、印鑑証明書と同じ印鑑を押印してください。