

## 診療情報開示 委任状

年 月 日

代 理 人	住 所	〒			
			電話	-	-
	氏 名				
	(1) 法定代理人 (2) 任意後見人 (3) 親族 (4) その他 ( )				

私は、自己の真意に基づき、上記の者を代理人と定め、ツカザキ病院に対する本人開示請求の権限を委任します。

年 月 日					
委 任 者	住 所	〒			
			電話	-	-
	氏 名				
生年月日	年	月	日	生	

## 【記入上の注意】

- 「委任者」は、開示対象者本人です。
- 必ず、委任者が代理人欄を含め、上記の全部を直筆で記載してください。
- 上記1.から2.が遵守されていない場合は、本開示請求の委任状としての効力を有しませんのでご注意ください。