

委任状

年 月 日

いろはクリニック
院長 殿

受任者 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____ 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、診療記録等開示申請に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所 _____
氏名 (自署) _____ (印)
生年月日 _____ 年 月 日