

【診断書・証明書用】

西暦 年 月 日

委任状

社会医療法人財団 石心会
第二川崎幸クリニック 院長 殿

私は、

代理人氏名： _____ 患者本人との関係： _____

住 所： _____

連絡先： _____ を代理人として次の事項を委任します。

記

私に関する診療情報の開示を申請し、交付を受ける件

西暦 年 月 日

氏名： _____

委任者・患者本人 診察券番号： _____

住所： _____

生年月日：西暦 年 月 日生

以上

※委任状の記入は原則自筆とします。

患者本人の事情で自筆記入が出来ない場合、下記に理由をご記入ください。

理由： _____

代筆者氏名： _____ 患者との関係： _____

※本委任状は、依頼日から6カ月間有効とします。