

委任状

荒木記念 東京リバーサイド病院 病院長殿

年 月 日

【代理人】

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

委任者との関係 _____

住所 〒 _____

連絡先 _____

私は上記の者を代理人と定め、下記の事項について委任します。

記

(患者氏名) _____ に関する個人情報開示の口頭による説明・閲覧および複写等の受領について。

【委任者・患者】

氏名 _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日生

住所 〒 _____

連絡先 _____