

患者さんご本人が全ての欄（代理人欄を含む）を自筆でご記入願います。
※ゴム印等使用不可です。

委 任 状

私は、
(代理人氏名) (患者本人との関係)

代理人(申請をされる方)の方の
情報を、患者さんご本人が
ご記入下さい。

(住所)

(電話番号) ()- ()- ()

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療記録等の閲覧・謄写などを申請し、写しなどの交付
を受ける件

委任状記入日 令和 年 月 日

患者さんご本人の実印を押印願います。
(親族による郵送申請の場合)

住所

患者さんご本人がご自身の
情報を自ご記入下さい。

氏名

印

生年月日 年 月 日 生

※ 委任状のほかに、患者さんと代理人との関係を証明する
書類等のご提出をお願いしております。