

(様式2)

委任状

令和 年 月 日

君津中央病院長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(生年月日 年 月 日生)
(電話番号)

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

1. 委任事項 診療記録の開示に係る一切の権限
 診療記録の開示に係る権限内の部分()

注1) 該当する□にレを記入して下さい。