

診療記録(カルテ等)開示請求書

委任状

川崎医科大学附属病院
病院長 殿

代理人氏名 : _____
※委任者との続柄・関係 : 配偶者・子・父母・弁護士・その他()

代理人住所 : _____
※弁護士等の場合、事務所所在地

私は、上記の者を代理人と定め、(患者) _____ の診療記録(カルテ等)開示請求に関わる一切の手続きについて権限を委任します。

年 月 日

委任者氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

患者との関係 : 本人・その他 (_____)

委任者住所 : _____
※代理人住所と同じ場合は記載不要