

医療法人松徳会 花の丘病院  
院長 殿

## 委任状 (同意書)

令和 年 月 日

【委任者】 (患者本人・患者との関係： )

ふりがな  
氏 名： \_\_\_\_\_ 印  
明治 大正  
生年月日： 昭和 平成 年 月 日生  
住 所： 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人として、次の事項について委任（同意）します。

私に関する診療情報の提供に関する「診療情報開示請求」及び「診療情報開示・閲覧」に加えて説明や必要に応じた複写の交付を受ける件

### 【代理人】

ふりがな  
(氏 名) \_\_\_\_\_ 【(委任者・患者本人との関係)】 \_\_\_\_\_

(住 所) 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

※ 委任する方が全部の項目を記入し、自署で署名・押印してください。  
※ 委任状の他に、患者さんと代理人の関係を証明するものの提出を求めることがあります。