

委任状

慶應義塾大学病院長 殿

私は以下の者に、診療記録等開示請求に関する一切の権限を委任します。

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

患者との関係 _____

委任日 年 月 日

患者氏名（自署） _____

※本委任状の有効期限は委任日より 90 日以内とし、1 回の申請をもってその効力を失う。