

# 委 任 状

公立学校共済組合  
関東中央病院長 殿

私は、

代 理 人 氏名 \_\_\_\_\_  
患者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療情報等の閲覧・謄写での開示を求める件

令和 年 月 日

委任者・患者本人 (自筆)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日生