

委任状

年 月 日

医療法人友広会

大阪本町メディカルクリニック

院長 濱田 達雄 殿

【代理人】

氏名： _____ 印 患者との関係： _____

住所： _____

連絡先： _____

私は、上記の者を代理人と定め、【 _____ 様】の診療録カルテ開示
に係る一切の権限を自己責任において委任します。

【委任者】

氏名： _____ 印

住所： _____

連絡先： _____

※カルテ開示内容には、遺伝子学的検査等の遺伝子情報を含む場合があります