

# 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】（代理人本人が自署してください）

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印 患者との関係：\_\_\_\_\_

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】（委任者本人が自署してください）

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

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