

# 委任状兼同意書

申込年月日 西暦 年 月 日

医療法人社団喜美会 自由が丘クリニック 行

代理人

氏 名

患者との関係

〒

住 所

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任することに同意します

記

- ☐ 診療情報の開示請求を行う権限
- ☐ 診療情報の開示文書の受領ならびに閲覧権限

西暦 年 月 日

患者本人

氏 名

〒

住 所

電 話