

委任状

令和 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 殿

(委任者[患者])

住 所

(ふりがな)
氏 名

印

電話番号

私自身の診療記録等の写しの開示請求及び受領については、
代理権を付与した下記の者に委任します。

記

(被委任者[親族])

住 所

(ふりがな)
氏 名

本人（委任者）との関係