

# 委任状

独立行政法人

国立病院機構神奈川病院長 殿

私は、

代理人氏名 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_

を、(患者氏名) \_\_\_\_\_ の診療情報の開示申請並びに診療情報の説明、  
交付、閲覧及び写しの交付等にかかる代理人として委任します。

令和 年 月 日

委任者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

委任者住所 \_\_\_\_\_

※委任者は、診療情報開示申請書の申請者と同一となります。

代理人の本人確認書類を求めることがあります。