

# 委任状

年 月 日

ABC クリニック  
院長 殿

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、診療記録等開示申請に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日