様式第1号-4(規程第9条3項、第4条1項1号関係)

同意書(委任状)

地方独立行政法人加古川市民病院機構
加古川中央市民病院
病院長　大西　祥男　　様

私は、

氏名	※法人の場合は社名及び担当者名 (西暦　　年　　月　　日生)
住所	〒 電話番号(　　)　　－
患者との関係	

を代理人として、私の診療録・診療録資料等の開示・提供について同意(委任)いたします。

委任者(患者本人)　※患者さんご本人がご記入してください

患者氏名	(診察券番号　　) (西暦　　年　　月　　日生)
患者住所	〒 電話番号(　　)　　－
患者署名日	西暦　　年　　月　　日

(注意)

同意書(委任状)のほかに、①患者本人の身分証の写し ②代理人の身分証の写し　が必要です。