

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 平田 健一 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。