

委任状

年 月 日

社会医療法人財団白十字会
白十字リハビリテーション病院 病院長 殿

私は、
【代理人】

（氏名） （患者さんとの続柄）

（住所）

（電話番号）

を代理人とし、以下の事項を委任します。

記

私に関する診療情報の提供を申請することに対し、

年 月 日

【委任者・患者さんご本人】

（氏名） 印

（住所） 〒

（生年月日） T・S・H・R 年 月 日生

・本書類提出時、委任された方本人であることを証明するための書類（運転免許証、旅券、保険証、戸籍謄本等）を提示して下さい。また、その書類に関しては本委任状とともに当院にて複写、保管いたします。