

(様式2号)

福岡大学病院長 殿

委 任 状 (同意書)

私は、

(代理人氏名) ((患者本人との関係))

(住 所) 〒

(電話番号) ..(.....) ..

を代理人として、私の診療記録の開示請求について委任(同意)いたします。

年 月 日

委任者(患者本人)

患者さんご本人がご記入ください

(登録番号) (□ 不 明 ..)

(氏 名) 印 ..

(生年月日) T・S・H・R 年 月 日生 ..

(住 所) 〒

(電話番号) ..(.....) ..

※診療記録開示請求日から、3ヶ月以内に記入された原本をご提出ください。