

代理人選任書

医療法人 庄正会 蜂須賀病院
病院長 殿

(甲) 氏 名 _____

住 所 _____

(乙) 患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

私は、(甲) が、(乙) について記録された診療録の開示請求を行うことを了承します。

年 月 日

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

(乙) との続柄 _____