

委任状

群馬大学医学部附属病院長 殿

【代理人】(自署)

氏名	
住所	(〒 -)
電話番号	- -
委任者との関係	

私は、上記の者を代理人として、私の診療記録の開示に係る一切の権限を委任します。

年 月 日

【委任者】(自署)

氏名	
生年月日	年 月 日生
住所	(〒 -)
電話番号	- -

※氏名の自署が困難な場合には下の()内に理由をお書きください。

(理由:)