

記録開示の同意書（委任）

私（甲） _____ は代理人 _____ に
対して当院患者 _____ に関する開
示（閲覧）請求に同意又はその権限を委任しま
す。

(甲) 住所 _____

電話 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____