委任状

独立行政法人国立病院機構
災害医療センター　院長殿

私
（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

を代理人と定め
診療記録等の閲覧・謄写等を申請し、写し等の交付を受けることを委任します。

令和　　　年　　　月　　　日

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日　明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入例

委任状

独立行政法人国立病院機構
災害医療センター　院長殿

私
（氏名）　災害　太郎　は、

（氏名）　弁護士　〇〇　〇〇

（住所）　東京都立川市〇丁目〇番地〇号　〇〇法律事務所

を代理人と定め
診療記録等の閲覧・謄写等を申請し、写し等の交付を受けることを委任します。

令和　〇年　〇月　〇日

〒　190-0014

住所　東京都立川市緑町3256

氏名　災害　太郎　㊞

生年月日　明・大・昭・平・令　〇年　〇月　〇日

電話番号　042-×××-××××

携帯番号　090-××××-××××

申請者の方の情報をご記入の上、捺印（実印）をお願いいたします