

# 委任状

JCHO埼玉メディカルセンター院長殿

令和 年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 診療記録の開示請求  
カルテの開示等

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者（委任者）との関係 \_\_\_\_\_

委任者 ☐患者本人 ☐遺族 ☐親族（3親等以内）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※委任者が患者本人以外の場合は、委任状の他に患者様とのご関係を証明するもの（戸籍謄本等）の写しをご持参ください。