

委任状

【代理人】

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

新久喜総合病院が保有する私の個人情報、診療録（外来・入院）の全部・一部、レントゲンフィルム・検査結果に対する開示権利

平成 年 月 日

【委任者】

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日