

委 任 状

西暦 年 月 日

芦屋セントマリア病院 院長殿

(患者自署) 住所

氏名 印

電話番号

私は、貴院に対する私の診療情報の開示請求手続きを、下記の者に委任いたします。

記

(受任者 (委任された者))

住所

氏名

間柄 (私からみて)

以 上

開 示 同 意 書

西暦 年 月 日

芦屋セントマリア病院 院長殿

(患者自署) 住所

氏名 印

電話番号

私は、下記の者を代理人として、貴院が保管している私の診療録等を開示（写しの交付）することに同意いたします。

記

住所

氏名

間柄（私からみて）

以 上