

診療記録開示手続き委任状

京都大学医学部附属病院

病院長 殿

年 月 日

【代理人】

氏 名： _____

住 所： _____

患者との関係： _____

私は上記の者を代理人として、私に関する診療記録の開示請求及び診療記録の写しの交付を受けることを委任いたします。

【委任者】

氏 名（自筆）： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： _____

電話番号： _____

【患者氏名（委任者が患者本人ではない場合に記載）】

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請に必要な添付書類は（別表 1）をご確認ください。

相続人等の委任により申請される場合は【患者氏名】の欄に患者さんの氏名、生年月日を記載ください。