

(様式3号)

委任状

久留米大学病院長 殿

代理人(開示請求者)

住所 〒 -

(氏名) _____ 印
(連絡先 - -)

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限につきまして、一切を委任します。

記

一、私(委任者)に関する、診療情報等の個人情報に関する謄写閲覧について申請し、その交付を受ける件。

年 月 日

委任者(患者本人)

住所 〒 -

(氏名) _____ 印
(連絡先 - -)