

委任状

_____年____月____日

医療法人友広会

整形外科ひろクリニック

院長 靱 浩康 殿

【代理人】

住所：_____

氏名：_____ 印 患者との関係：_____

連絡先：_____ - _____

私は、上記の者を代理人と定め、

【 _____ 様】の診療録カルテ開示に係る一切の権限を自己責任において
委任します。

【委任者】

住所：_____

氏名：_____ 印

連絡先：_____ - _____

※カルテ開示内容には、遺伝子学的検査等の遺伝子情報を含む場合があります