

## 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 鞠 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