

# 委任状

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

## 記

- 1 診療情報提供の申請を行う権限
- 2 診療情報提供の申請に係る個人情報の全部又は一部を開示する旨の決定通知を受け  
る権限及び診療情報提供の申請に係る個人情報の全部を開示しない旨の  
決定通知を受け  
る権限
- 3 診療情報の提供を受け  
る権限

年 月 日

(委任者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

- (注) 以下のいずれかの措置をとってください。
- ①委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限り）を添付する。
  - ②委任者の運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・健康保険証等（ただし、個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。